

# CID-9-MC: GUIDELINES OFICIAIS PARA CODIFICAÇÃO

Efectivas a partir de 1 de Outubro de 2009

**Alterações narrativas aparecem em negrito**

**Itens sublinhados foram reposicionados nas guidelines desde 1 de Outubro de 2008**

Os Centros de Serviços Medicare e Medicaid (CMS) e o Centro Nacional para as Estatísticas da Saúde (NCHS), dois departamentos dentro do Departamento de Saúde e Serviços Humanos do Governo Federal dos E.U. (DHHS) fornecem as seguintes orientações para codificação e comunicação utilizando a Classificação Internacional de Doenças, 9<sup>a</sup> Revisão, Modificação Clínica (CID-9-CM). Estas orientações devem ser usadas como um documento complementar à versão oficial da CID-9-CM publicada em CD-ROM pelo E.U. Government Printing Office (GPO).

Estas guidelines foram aprovadas pelas quatro organizações que constituem as entidades cooperantes que colaboraram na CID-9-CM: American Hospital Association (AHA), a Associação Americana de Informação em Saúde (AHIMA), CMS, e NCHS. Estas orientações estão incluídas na versão oficial do governo da CID-9-CM, e também aparecem em "*Coding Clinic for CID-9-CM*", publicado pela AHA.

Estas guidelines são um conjunto de regras que têm sido desenvolvidas para acompanhar e complementar as convenções e instruções oficiais fornecidas pela CID-9-CM. **As instruções e convenções da classificação têm precedência sobre as guidelines.** Estas directrizes são baseadas nas instruções de codificação e sequenciamento dos Volumes I, II e III da CID-9-CM, mas fornecem instruções adicionais. A adesão a estas orientações ao atribuir códigos de diagnóstico e procedimento da CID-9-CM é exigido pelo Acto de Acountabilidade e Portabilidade de Segurança da Saúde (HIPAA). Os códigos de diagnóstico (Volumes 1-2) foram aprovados pela HIPAA para todas as situações de saúde. O Volume 3 de códigos de procedimentos tem sido adoptado para procedimentos realizados em internamento hospitalar. É essencial um esforço conjunto entre o prestador de cuidados de saúde e o codificador para se alcançar um estado de documentação completa e exacta, para atribuição correcta de códigos de diagnósticos e procedimentos. Estas orientações têm sido desenvolvidas para auxiliar tanto o prestador de cuidados de saúde como o codificador na identificação dos diagnósticos e procedimentos que devem ser relatados. A importância de documentação coerente e completa nos registos clínicos não pode ser mais reforçada. Sem essa documentação não pode ser conseguida uma codificação precisa. O registo clínico deve ser revisto na totalidade para determinar o motivo específico para o internamento e as condições tratadas.

O termo encontro é usado para todas as situações, incluindo internamentos hospitalares. No contexto destas guidelines, o termo prestador é usado para significar médico ou qualquer profissional de saúde qualificado, que é legalmente responsável por estabelecer o diagnóstico do paciente. Somente este conjunto de guidelines, aprovadas pelas partes cooperantes, é oficial.

As guidelines estão organizadas em secções. A Secção I inclui a estrutura e as convenções de classificação bem como as directrizes gerais que se aplicam à classificação completa, e ainda as orientações específicas dos capítulos tal como estão organizados na classificação. A Secção II inclui directrizes para a selecção do diagnóstico principal para doentes internados. A Secção III inclui directrizes para a selecção de diagnósticos adicionais Em doentes internados. A Secção IV é para codificação de doentes ambulatorios.

## **CID-9-MC: GUIDELINES OFICIAIS PARA CODIFICAÇÃO**

### **Secção I. Convenções, orientações gerais para codificação e orientações específicas por capítulo**

#### **A. Convenções para a CID-9-CM**

1. Formato
2. Abreviaturas
  - a. Índice de abreviaturas
  - b. Abreviaturas Tabulares
3. Pontuação
4. Notas de Inclusão e exclusão e termos de inclusão
5. Outros códigos e códigos não especificados
  - a. "Outros" códigos
  - b. Códigos não específicos
6. Convenção de Etiologia/Manifestação (codifique primeiro, "use código adicional" e "em doenças classificadas em outra parte")
7. "E"
8. "Com"
9. "Veja" e "Veja também"

#### **B. Regras Gerais de Codificação**

1. Utilização do Índice Alfabético e Lista Tabular
2. Localize cada termo no Índice Alfabético
3. Nível de pormenor da Codificação
4. Código ou códigos de 001.0 a V89.09
5. Selecção de códigos de 001.0 a 999.9
6. Sinais e sintomas
7. Condições que são parte integrante de um processo de doença
8. Condições que não são parte integrante de um processo de doença
9. Várias codificações para uma doença unica
10. Doenças Agudas e Crónicas
11. Códigos de combinação
12. Efeitos tardios
13. Doença iminente ou ameaça de doença
14. Codificação múltipla de Diagnósticos
15. Internamentos/Encontros para Reabilitação
16. Documentação para o IMC e Estádios de Úlceras de Pressão

#### **17. Síndromes**

#### **C. Guidelines de Codificação específicas de Capítulo**

1. Capítulo 1: Doenças Infecciosas e Parasitárias (001-139)
  - a. Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV)
  - b. Septicemia, Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS), Sépsis, Sépsis grave e Choque Séptico
  - c. Situações de *Staphylococcus aureus* resistente à meticilina (MRSA)
2. Capítulo 2: Neoplasias (140-239)
  - a. Tratamento dirigido à neoplasia
  - b. Tratamento das metástases
  - c. Codificação e sequenciamento das complicações
  - d. Lesão primária previamente extirpada

- e. Internamentos/Encontros envolvendo quimioterapia, imunoterapia e radioterapia
- f. Admissão/encontro para determinar extensão da neoplasia
- g. Sintomas, sinais e condições mal-definidas que constam do capítulo 16, associadas a neoplasias
- h. Admissão/encontro para o controle/gestão da dor
- i. Neoplasia maligna associada a órgão transplantado
- 3. Capítulo 3: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e alterações da imunidade (240-279)
  - a. Diabetes Mellitus
- 4. Capítulo 4: Doenças da formação de Sangue e Órgãos Hematopoiéticos (280-289)
  - a. Anemia de doença crónica
- 5. Capítulo 5: Transtornos Mentais (290-319)  
Reservado para expansão futura das guidelines
- 6. Capítulo 6: Doenças do Sistema Nervoso e Órgãos dos Sentidos (320-389)
  - a. Dor - Categoria 338
- 7. Capítulo 7: Doenças do aparelho circulatório (390-459)
  - a. Hipertensão
  - b. Enfarte Cerebral/AVC/acidente vascular cerebral (AVC)
  - c. Acidente vascular cerebral pós-operatório
  - d. Efeitos tardios da Doença Cerebro-vascular
  - e. Enfarte agudo do miocárdio (EAM)
- 8. Capítulo 8: Doenças do aparelho respiratório (460-519)
  - a. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica [DPOC] e Asma
  - b. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica [DPOC] e Bronquite
- 9. Capítulo 9: Doenças do aparelho Digestivo (520-579)  
Reservado para expansão futura das guidelines
- 10. Capítulo 10: Doenças do Aparelho genito-urinário (580-629)
  - a. Doença renal crónica
- 11. Capítulo 11: Complicações da gravidez, parto e Puerpério (630-677)
  - a. Regras Gerais para Obstetricia
  - b. Selecção de Diagnóstico obstétrico principal
  - c. Condições do feto que afectam a abordagem da Mãe
  - d. Infecção pelo HIV na gravidez, parto e puerpério
  - e. Condições Actuais complicando a gravidez
  - f. Diabetes Mellitus na gravidez
  - g. Diabetes gestacional
  - h. Parto normal, Código 650
  - i. Periparto e puerpério
  - j. Código 677, Efeitos tardios de complicações da gravidez
  - k. Abortamentos
- 12. Capítulo 12: Doenças da pele e tecido subcutâneo (680-709)
  - a. Códigos de estádios de úlceras de pressão
- 13. Doenças Capítulo 13: Doenças dos tecidos musculo-esquelético e conjuntivo (710-739)
  - a. Codificação das fracturas patológicas
- 14. Capítulo 14: Anomalias Congénitas (740-759)
  - a. Códigos das categorias 740-759, Anomalias Congénitas

15. Capítulo 15: Guidelines para recém-nascidos (perinatal) (760-779)
  - a. Regras Gerais Perinatais
  - b. Utilização de códigos de V30-V39
  - c. Transferências de recém-nascidos
  - d. Uso da categoria V29
  - e. Utilização de outros códigos V nos registos perinatais
  - f. Causas maternas de morbilidade perinatal
  - g. Anomalias congénitas dos recém-nascidos
  - h. Codificação adicional de Diagnósticos Perinatais
  - i. Prematuridade e Atraso de Crescimento Fetal
  - j. Sepsis neonatal
16. Capítulo 16: Sinais, sintomas e condições mal definidas (780-799)  
Reservado para expansão futura das guidelines
17. Capítulo 17: Trauma e envenenamento (800-999)
  - a. Codificação de Lesões
  - b. Codificação de Fracturas traumáticas
  - c. Codificação de Queimaduras
  - d. Codificação de desbridamento de feridas, infecções ou queimaduras
  - e. Efeitos Adversos, Intoxicação e Efeitos Tóxicos
  - f. Complicações de cuidados médicos
  - g. SIRS devido a processo não infeccioso
18. Classificação dos factores que influenciam o estado de saúde e o Contacto com o Serviço de Saúde (Códigos V01-V89)
  - a. Introdução
  - b. Uso de códigos V no contexto de cuidados de saúde
  - c. Códigos V indicadores de motivo para um episódio de saúde
  - d. Categorias de Códigos V
  - e. Códigos V que apenas podem ser Diagnósticos Principais
19. Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesões e Intoxicação (Códigos E, E800-E999)
  - a. Guidelines gerais de codificação dos Códigos E
  - b. Guidelines sobre o local de ocorrência
  - c. Guidelines de Efeitos adversos de drogas, medicamentos e substâncias biológicas
  - d. Guidelines para abuso de crianças e adultos
  - e. Guidelines para intenções desconhecidas ou suspeitas
  - f. Causa indeterminada
  - g. Guidelines para efeitos tardios de causas externas
  - h. Guidelines para acidentes e complicações de cuidados médicos
  - i. Guidelines para terrorismo
  - j. Guidelines para códigos de actividade
  - k. Status de causa externa**

## **Secção II. Selecção do diagnóstico principal**

- A. Códigos para sintomas, sinais e condições mal definidas
- B. Duas ou mais condições inter-relacionadas, cada potencialmente reunindo condições para a definição do diagnóstico principal.
- C. Dois ou mais diagnósticos que obedecem à definição de diagnóstico principal
- D. Duas ou mais condições comparáveis ou opostas

- E. Um sintoma(s), seguido por diagnósticos comparáveis ou opostos
- F. Plano original de tratamento não realizado
- G. Complicações cirúrgicas e de outros cuidados médicos
- H. Diagnóstico incerto
- I. Admissão na Unidade de observação
  - 1. Observação após observação médica
  - 2. Admissão após observação pós-operatória
- J. Admissão para Cirurgia Ambulatória

### **Secção III. Codificação de Diagnósticos adicionais**

- A. Condições anteriores
- B. Resultados anormais
- C. Diagnóstico incerto

### **Secção IV. Guidelines para codificação de episódios de ambulatório**

- A. Selecção do diagnóstico principal
  - 1. Cirurgia de ambulatório
  - 2. Episódio de observação
- B. Códigos de 001.0 até V89
- C. Codificação precisa dos códigos de diagnóstico da CID-9-CM
- D. Selecção de códigos de 001.0 até 999.9
- E. Códigos que descrevem sintomas e sinais
- F. Encontros para circunstâncias que não uma doença ou lesão
- G. Nível de pormenor da Codificação
  - 1. Códigos da CID-9-CM com 3, 4 ou 5 dígitos
  - 2. Uso do número total de dígitos necessários para um código
- H. Códigos da CID-9-CM para o diagnóstico, a doença, problema ou outra razão para o episódio
- I. Diagnóstico incerto
- J. Doenças crónicas
- K. Codificar todas as condições documentadas que coexistem
- L. Pacientes que recebem apenas serviços de diagnóstico
- M. Pacientes que recebem apenas serviços terapêuticos
- N. Pacientes que recebem apenas avaliações pré-operatórias
- O. Cirurgia de ambulatório
- P. Episódios de rotina ambulatória pré-natal

### **Apêndice I: Guidelines sobre a codificação de situações presentes na admissão**

## Secção I. Convenções, orientações gerais para codificação e guidelines específicas por capítulo

As convenções, guidelines gerais e orientações específicas por capítulo são aplicáveis a todas as instituições de saúde, excepto quando indicado. **As convenções e instruções da classificação têm precedência sobre as guidelines.**

### A. Convenções para a CID-9-MC

As convenções para a CID-9-MC são as regras gerais para a utilização e são *independentes* das guidelines. Estas convenções estão incorporadas dentro do índice e tabela da CID-9-MC como notas de instrução. As convenções são as seguintes:

#### 1. Formato:

A CID-9-MC usa um formato indentado para facilidade de referência

#### 2. Abreviaturas

##### a. Índice de abreviaturas

NEC "Não classificável em outra parte"

Esta abreviação no índice representa "outro especificado"; quando um código específico não está disponível para uma condição do índice dirige o codificador para o "outro" código especificado na tabela.

##### b. Abreviaturas Tabulares

NEC "Não classificável em outra parte"

Esta abreviação no Índice tabular representa "outro especificado"; quando um determinado código não está disponível para uma doença, o índice tabular inclui uma entrada NEC sob um código para identificar o código como o "outro" código especificado  
(*ver secção I.A.5.a. "Outros" Códigos "*).

NOS "Não especificados"

Esta é a abreviação equivalente a indeterminado.

(*Ver Secção I.A.5.b., Códigos "Não especificados"*).

#### 3. Pontuação

[ ] Parêntesis rectos são utilizados na lista tabular para incluir sinónimos, vocabulário alternativo ou frases explicativas. Os parênteses rectos são usados no índice para identificar códigos de manifestações.

(*Ver Secção I.A.6. "Etiologia / manifestações"*).

( ) Os parênteses são usados nos índices alfabético e tabular para juntar palavras suplementares que podem estar presentes ou ausentes na

denominação de uma doença ou procedimento, sem afectar o código numérico que lhe é atribuído. Os termos entre parênteses são referidos como modificadores não essenciais.

- : Dois pontos são usados na lista tabular após um termo incompleto que precisa de um ou mais dos seguintes modificadores que se encontram após os dois pontos para torná-lo ilegível para uma determinada categoria.

#### 4. Notas de Inclusão e exclusão e termos de inclusão

**Inclui:** Esta nota aparece imediatamente debaixo de um código de três dígitos para definir, ou dar exemplos, do conteúdo da categoria.

**Exclui:** Uma nota de exclusão sob um código indica que os termos excluídos do código devem ser codificados noutra localização. Em alguns casos, os códigos para os termos excluídos não devem ser usados em conjunto com o código a partir do qual é excluído. Um exemplo desta situação é uma condição congénita excluída duma forma adquirida da mesma condição. Os códigos “congénitos” e “adquiridos” não deve ser utilizados simultaneamente. Noutras situações, os termos excluídos podem ser utilizados juntamente com um código de exclusão. Um exemplo desta situação consiste quando fracturas de diferentes ossos são codificadas com códigos diferentes. Ambos os códigos podem ser utilizados em conjunto, se ambos os tipos de fracturas estão presentes.

**Termos de inclusão:** Existe uma lista de termos incluída em determinados códigos com quatro ou cinco dígitos. Esses termos são as condições para as quais o código deve ser usado. Os termos podem ser sinónimos do código do título, ou, no caso de "outro código especificado", os termos são uma lista das diversas condições atribuídas a esse código. Os termos de inclusão não são necessariamente exaustivos. Termos adicionais encontrados apenas no índice podem também ser atribuídos a um código.

#### 5. Outros códigos e códigos não especificados

##### a. "Outros" códigos

Códigos intitulados "outro" ou "outro especificado" (geralmente um código com um quarto dígito 8 ou quinto dígito 9 para códigos de diagnóstico) são para utilizar quando as informações contidas na ficha médica fornecem detalhes para os quais não existe um código mais específico. As entradas do índice com NEC na linha designam "outros" códigos do índice tabular. Estas entradas do índice representam entidades de doença para as quais não existe nenhum código mais específico pelo que o termo é incluído no código de "outro".

### **b. Códigos "Não especificados"**

Códigos (geralmente com um quarto dígito 9 ou quinto dígito 0 para códigos de diagnóstico) intitulados "não especificados" são para uso quando a informação existente nos registros médicos não é suficiente para atribuir um código mais específico.

## **6. Convenção Etiologia/manifestação (notas "codifique primeiro", "use código adicional" e "em doenças classificadas em outra parte")**

Algumas doenças têm quer uma etiologia subjacente, quer múltiplas manifestações sistêmicas devido à essa etiologia subjacente. Para tais situações, a CID-9-MC tem uma convenção de codificação que exige a codificação da doença subjacente seguida da codificação da manifestação. Onde quer que essa combinação exista, há uma nota de "use código adicional" no código da etiologia, e uma nota de "codifique primeiro" no código de manifestação. Estas notas de instrução indicam a correcta Sequenciação dos códigos, etiologia seguida de manifestação.

Na maioria das situações, os códigos de manifestação terão no título de código a expressão "em doenças classificadas em outra parte". Códigos com este título são um componente da convenção etiologia/manifestação. O título do código indica que estamos em presença de um código de manifestação. Os códigos de "em doenças classificadas em outra parte" nunca devem ser utilizados como diagnóstico principal ou codificado primeiro. Devem ser usados em conjunto com um código da doença de base e devem ser listados após esta condição.

Existem códigos de manifestação que não tem "em doenças classificadas em outro lugar" no título. Para esses códigos existe também uma nota de "use código adicional" Devendo ser aplicadas as regras de sequenciação.

Além das notas no índice tabular, essas condições têm também uma estrutura de entrada específica no índice. No índice ambas as condições estão listadas juntas, com o código de etiologia seguido do código da manifestação entre parênteses rectos. O código entre parênteses recto deve estar sempre em segundo lugar.

Os códigos de combinação mais frequentemente usados são os códigos para diabetes mellitus, na categoria 250. Para cada código na categoria 250 há uma nota de codificação adicional para a manifestação que é específico para essa manifestação particular da diabetes. Se um paciente tiver mais de uma manifestação da diabetes, pode ser usado mais de um código da categoria 250 com quantos códigos de manifestação os necessários para descrever completamente o paciente diabético na totalidade. Os códigos da categoria 250 da diabetes devem ser codificados em primeiro lugar, seguidos pelos códigos de manifestação.

As notas de "codifique primeiro" e "use código adicional" são utilizadas também como regras de sequenciação da classificação para determinados códigos que não são parte de uma combinação etiologia/manifestação.

*Veja - Secção I.B.9. "Codificação múltipla para uma única condição".*



## **7. "E"**

A palavra "e" deve ser interpretada no sentido de quer "e" ou "ou" quando aparece num título.

## **8. "Com"**

A palavra "com" no índice alfabético é sequenciada imediatamente após o termo principal, não em ordem alfabética.

## **9. "Veja" e "Veja também"**

A instrução "veja" após um termo principal no índice indica que outro termo deve ser referenciado. É necessário ir ao termo principal referenciado com a observação "veja" para localizar o código correcto.

A instrução "veja também" após um termo principal no índice indica que há outro termo principal que também pode ser referenciado, podendo fornecer entradas adicionais no índice que possam ser úteis. Não é necessário seguir a nota "veja também" quando o termo principal original fornece o código necessário.

# **B. Guidelines gerais de Codificação**

## **1. Uso do Índice Alfabético e da Lista Tabular**

Use tanto o Índice Alfabético como a Lista Tabular quando quiser localizar e atribuir um código. A dependência apenas do índice alfabético ou na Lista Tabular conduz a erros na atribuição de códigos e menor especificidade na selecção dos códigos.

## **2. Localize cada termo no Índice Alfabético**

Localize cada termo no Índice Alfabético e verifique o código seleccionado na Lista Tabular. Leia e guie-se pelas notas de instrução que aparecem tanto no Índice Alfabético como na Lista Tabular.

## **3. Nível de pormenor da Codificação**

Códigos de diagnóstico e de procedimentos devem ser utilizados no seu mais elevado número de dígitos disponíveis.

Os códigos de diagnósticos da CID-9-MC são compostos de códigos com 3, 4 ou 5 dígitos. Códigos com três dígitos são incluídos na CID-9-CM como títulos de uma categoria de códigos que podem ser subdivididos pela utilização de quarto e/ou quinto dígito, fornecendo maior detalhe.

Um código de três dígitos é para ser usado apenas se não for subdividido. Quando são fornecidas subcategorias de quatro dígitos e/ou subclassificações de cinco dígitos estas devem ser atribuídas. Um código é inválido se não tiver sido codificado com o número total de dígitos necessários para aquele código. Por exemplo, enfarte agudo do miocárdio, código 410, tem quarto dígito que descreve a localização do enfarte (por exemplo, 410.2, da parede infero-lateral) e quinto dígito que identifica o episódio de cuidados. Seria incorrecta a utilização de um código na categoria 410 sem quarto e quinto dígitos.

O volume 3 da CID-9-MC de códigos de procedimentos é composto de códigos com 3 ou 4 dígitos. Códigos com dois dígitos são incluídos na CID- 9-MC como categorias principais de códigos que podem ser subdivididos pela utilização de terceiros e/ou quartos dígitos, que fornecem maior detalhe.

#### **4. Código ou códigos de 001.0 até V89.09**

O ou os códigos apropriados de 001.0 até V89.09 devem ser usados para identificar os diagnósticos, sintomas, condições, problemas, queixas ou outro(s) motivo(s) para o episódio.

#### **5. Selecção de códigos de 001.0 até 999.9**

A selecção dos códigos de 001.0 até 999.9 será frequentemente utilizada para descrever o motivo do episódio. Estes códigos pertencem à secção da CID-9-MC para a classificação de doenças e lesões (por exemplo, doenças infecciosas e parasitárias, neoplasias, sintomas, sinais e afecções mal definidas, etc.).

#### **6. Sinais e sintomas**

Códigos que descrevem sintomas e sinais, ao contrário dos diagnósticos, são aceitáveis para fins de codificação quando um diagnóstico definitivo relacionado não foi determinado (confirmado) pelo clínico. O capítulo 16 da CID-9-MC, Sintomas, sinais e condições mal definidas (códigos 780.0-799.9) contém muitos, mas não todos, os códigos de sintomas.

#### **7. Condições que são parte integrante do processo de doença**

A sinais e sintomas que fazem parte integrante do processo de doença não devem ser atribuídos códigos adicionais, excepto quando indicado pela classificação.

#### **8. Condições que são parte integrante de um processo de doença**

Sinais e sintomas adicionais que não possam ser associados rotineiramente ao processo de doença devem ser codificados quando presentes.

#### **9. Múltiplos códigos para uma única situação**

Para além da convenção etiologia/manifestação que exige pelo menos dois códigos para descrever totalmente uma única condição que afecta vários sistemas do organismo, existem outras condições únicas que também requerem mais de um código. Encontram-se notas de "Use código adicional", no índice tabular em códigos que não fazem parte de um par etiologia/manifestação, quando um código secundário é útil para descrever totalmente uma condição. As regras de sequenciação são os mesmos que para os pares de etiologia/manifestação - "Use código adicional" indica que um código adicional deve ser adicionado.

Por exemplo, para as infecções não incluídas no capítulo 1, pode ser necessário um código adicional da categoria 041, Infecção bacteriana em condições classificadas em outra parte e de localização não especificada, para identificar o organismo causador da infecção bacteriana. Encontra-se normalmente uma nota de "Use código adicional" junto ao código da doença infecciosa, indicando a necessidade de adicionar o código do organismo como um código adicional.

Notas de "Codifique primeiro" também encontram em certos códigos que não são especificamente códigos de manifestação, mas que podem ser devidos a uma causa subjacente. Quando uma nota de "Codifique primeiro" está presente e uma condição subjacente está presente a doença subjacente deverá ser codificada primeiro.

A nota "Codifique primeiro qualquer condição causal, se aplicável", indica que este código pode ser atribuído como diagnóstico principal, quando a condição causal é desconhecida ou não aplicável. Se uma condição causal é conhecida, então o código para que esta deve ser codificado como diagnóstico principal.

Podem ser necessários vários códigos para descrever efeitos tardios, complicações e situações obstétricas de modo a conseguir-se uma melhor descrição de uma condição. Ver as orientações específicas para essas condições para outras instruções.

## **10. Situações agudas e crônicas**

Se a mesma condição é descrita como aguda (subaguda) e crônica e existem entradas separadas no Índice Alfabético com o mesmo nível de indentação, codifique ambas e sequencie primeiro o código da situação aguda (subaguda).

## **11. Códigos de combinação**

Um código de combinação é um código único utilizado para classificar:

Dois diagnósticos, ou

Um diagnóstico com um processo associado secundário (manifestação)

Um diagnóstico com uma complicação associada.

Códigos de combinação são identificados através da referência às entradas de subtermos no Índice Alfabético e pela leitura das notas de inclusão e exclusão na lista tabular.

Os códigos de combinação só devem ser atribuídos quando esse código identifica completamente os diagnósticos envolvidos ou quando o Índice Alfabético assim indica. A codificação múltipla não deve ser usada quando a classificação fornece um código que identifique claramente todos os elementos documentados no diagnóstico. Quando o código de combinação não apresenta a especificidade necessária para descrever a manifestação ou a complicação, deve ser usado um código adicional como código secundário.

## **12. Efeitos tardios**

Um efeito tardio é o efeito residual (condição produzida), após ter terminado a fase aguda de uma doença ou lesão. Não há limite de tempo para a utilização de um código de efeito tardio. O efeito residual pode ser aparente precocemente, como em casos de acidentes vasculares cerebrais, ou pode ocorrer meses ou anos depois, como quando devidos a lesão anterior. A codificação de efeitos tardios requer geralmente dois códigos sequenciados na seguinte ordem: a condição ou natureza do efeito tardio é codificada primeiro; o código de efeito tardio é codificado em segundo lugar.

Uma exceção às orientações acima descritas são as situações em que o código de efeito tardio é seguido por um código de manifestação identificado na Lista Tabular e respectivo título, ou o código de efeito tardio foi expandido (ao nível de quarto ou quinto dígito) para incluir a manifestação(s). O código de fase aguda de uma doença ou lesão que levou ao efeito tardio nunca é usado com um código para o efeito tardio.

### **13. Condição iminente ou ameaça de condição**

Codifique qualquer condição descrita no momento da alta como "iminente" ou "ameaça" como segue:

Se ocorreu, como código de diagnóstico.

Se não ocorreu, recorra ao Índice Alfabético para determinar se a situação tem um termo de entrada para "iminente" ou "ameaça" ou entradas para termos de referência principal para "iminente" ou "ameaça".

Se os subtermos estão listados, atribua o código determinado.

Se os subtermos não estão listados, codifique a situação subjacente existente e não a condição descrita como iminente ou a ameaça.

### **14. Codificação do mesmo código de Diagnóstico mais de uma vez**

Cada código de diagnóstico da CID-9-MC só pode ser descrito uma vez para cada episódio. Esta regra aplica-se às condições bilaterais ou duas condições diferentes classificadas com o mesmo código de diagnóstico da CID-9-MC.

### **15. Admissões/Encontros para Reabilitação**

Quando o objectivo para a admissão/encontro é a reabilitação, sequencie o código V apropriado da categoria V57, Cuidados de saúde envolvendo a utilização de procedimentos de reabilitação, como diagnóstico principal. O código da condição para que o serviço está sendo realizado deve ser reportado como diagnóstico adicional.

Só deve ser utilizado um código da categoria V57. O código V57.89, Outros procedimentos de reabilitação especificados, deve ser atribuído se for realizado mais de um tipo de reabilitação durante um único encontro. Um código de procedimento deve ser relatado para identificar cada tipo de tratamento de reabilitação efectivamente realizado.

### **16. Documentação para o IMC e Pressão Úlcera de Estágios**

A atribuição de códigos para o Índice de Massa Corporal (IMC) e Úlceras de Pressão, deve ser baseada em documentação existente no episódio clínico proveniente de pessoal que não seja cuidador do paciente (ou seja, médico ou outro profissional de saúde legalmente qualificado e responsável por estabelecer o diagnóstico do paciente), uma vez que esta informação é normalmente documentada por outro pessoal envolvidos nos cuidados do paciente (por exemplo, um nutricionista muitas vezes documenta o IMC e os enfermeiros documentam os estádios das úlceras de pressão). No entanto, o diagnóstico associado (como excesso de peso, obesidade, ou úlcera de pressão) deve ser documentado pelo prestador do paciente. Se houver conflito médico na documentação de registo do doente, seja do mesmo médico de diferentes clínicos, o prestador de cuidados do paciente deve ser consultado para esclarecimentos.

O IMC e os códigos de estadiamento das úlceras de pressão só devem ser codificados como diagnósticos adicionais. Como com todos os outros códigos de diagnósticos adicionais, o IMC e os códigos estágio de úlceras de pressão só devem ser atribuídos quando satisfaçam a definição de um diagnóstico adicional relatável (ver Secção III, Relatar diagnósticos adicionais).

## 17. Síndromes

**Siga o Índice Alfabético quando codificar síndromes. Na ausência de guias no Índice, codifique as manifestações documentadas do Síndrome.**

## C. Guidelines de Codificação específicas por Capítulo

Para além das guidelines gerais de codificação, existem guidelines para diagnósticos e/ou condições específicas na classificação. A menos que indicado em contrário, estas guidelines aplicam-se a todas as Instituições que prestam cuidados de saúde. Consulte a Secção II para guidelines sobre a selecção do diagnóstico principal.

### 1. Capítulo 1: Doenças infecciosas e parasitárias (001 – 139)

#### a. Infecções pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH)

##### 1) Codifique apenas casos confirmados

Codifique apenas casos confirmados de infecção/doença pelo VIH. Esta é uma excepção às guidelines de doentes em internamento hospitalar Secção II, H.

Neste contexto, a “confirmação” não necessita de documentação de serologia positiva ou cultura do VIH; a afirmação diagnóstica pelo clínico que presta os cuidados de que o doente é VIH positivo, ou de que tem uma doença relacionada com o VIH é suficiente.

##### 2) Selecção e prioridade dos códigos de VIH

###### (a) Doente admitido por condição relacionada com o VIH

Se o doente é admitido por uma condição relacionada com o VIH, o diagnóstico principal deve ser 042, seguido pelos códigos adicionais para todas as situações relacionadas com o VIH que tenham sido referidas.

###### (b) Doente com doença pelo VIH admitido por situação não relacionada

Se um doente com doença pelo VIH é admitido por uma condição não relacionada (como uma lesão traumática), o código da situação não relacionada (por exemplo, o código da natureza da lesão) deve ser o diagnóstico principal. Outros diagnósticos devem incluir o 042 seguido por códigos de diagnóstico adicionais para todas as condições referidas relacionadas com o VIH.

###### (c) Se o doente é diagnosticado de novo

Quer o doente seja diagnosticado de novo ou tenha admissões/encontros prévios para situações relacionadas com o VIH a ordem da codificação é irrelevante.

**(d) Vírus da Imunodeficiência Humana assintomático**

O código V08, Infecção assintomática pelo Vírus da Imunodeficiência Humana, deve ser aplicado quando o doente sem qualquer documentação de sintoma é referido como sendo “VIH positivo”, “conhecido VIH”, “teste do VIH positivo” ou qualquer terminologia similar. Não utilizar este código se o termo SIDA (AIDS) é utilizado ou se o doente é tratado por uma situação relacionada com o VIH ou é descrito como tendo uma condição resultante do seu estado de VIH positivo; use 042 nestas situações.

**(e) Doença relacionada com o VIH diagnosticada previamente**

Aos doentes com serologia inconclusiva para VIH, mas sem diagnóstico definitivo ou sem manifestações da doença, deve ser atribuído o código 795.71, sem resultado serológico do Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH).

**(f) Doenças previamente diagnosticadas relacionadas com o VIH**

Os doentes com qualquer diagnóstico conhecido previamente de uma doença relacionada com o VIH devem ser codificados como 042. Uma vez que um doente tenha desenvolvido uma situação relacionada com o VIH, deve-lhe sempre ser atribuído o código 042, em cada admissão/episódio posterior. Nunca devem ser atribuídos os códigos 795.71 ou V08 a doentes com diagnóstico anterior de doença pelo VIH (942).

**(g) Infecção pelo VIH na gravidez, Parto e Puerpério**

Durante a gravidez, parto ou puerpério, uma doente admitida (ou apresentando-se para uma consulta com um profissional de saúde) por causa de uma doença relacionado com o VIH deve receber um código de diagnóstico principal de 647.6X, Outras doenças infecciosas e parasitárias da mãe, classificadas em outro local mas complicando a gravidez, parto ou puerpério, seguido de 042 e os restantes códigos das situações relacionadas com o VIH. Os códigos do Capítulo 15 têm sempre prioridade no sequenciamento.

As doentes com infecção assintomática pelo VIH admitidas durante a gravidez, parto ou puerpério devem receber os códigos 647.6X e V08.

**(h) Encontros para testes de VIH**

Se um doente é internado para determinar o seu estado VIH deve utilizar-se o código V73.89, Rastreo de outras doenças virais. Use o código V69.8, Outros problemas relacionados com o estilo de vida, como um diagnóstico adicional, se o doente está incluído num grupo de alto risco conhecido para VIH. Se um doente com sinais ou sintomas da doença confirmou o diagnóstico de VIH nos testes serológicos devem ser codificados os sintomas ou o diagnóstico. Pode

ser utilizado um código adicional de aconselhamento V65.44, se o aconselhamento for fornecido durante o episódio em que o teste é realizado.

Quando um doente volta para ser informado do resultado dos resultados do teste ao VIH utilize o código V65.44, Aconselhamento pelo VIH, se os resultados do teste são negativos.

Se os resultados são positivos mas o doente é assintomático utilize o código V08, Infecção assintomática pelo VIH. Se os resultados são positivos e o doente é sintomático utilize o código 042, Infecção sintomática pelo VIH, associado aos diagnósticos adicionais correspondentes aos sintomas ou doenças relacionadas. Pode também ser utilizado o código de aconselhamento se este for fornecido aos doentes com resultados positivos.

## **b. Septicemia, Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS), Sépsis, Sépsis grave e Choque séptico**

### **1) SIRS, Septicemia e Sépsis**

(a) Os termos *septicemia* e *sépsis* são frequentemente utilizados como sinónimos pelos clínicos, no entanto não são considerados como termos sinónimos. As definições seguintes são fornecidas como referencia mas não excluem a necessidade de interrogar o clínico para clarificação dos termos utilizados nos registos:

(i) Septicemia geralmente refere-se a uma doença sistémica associada à presença de microrganismos patológicos ou toxinas no sangue, que podem incluir bactérias, vírus, fungos ou outros organismos.

(ii) Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS) geralmente refere-se à resposta sistémica à infecção, trauma/queimaduras, ou outra agressão (como cancro) com sintomas incluindo febre, taquicardia, taquipnéia e leucocitose.

(iii) Sépsis refere-se geralmente a SIRS devida a infecção.

(iv) Sépsis grave geralmente refere-se a sépsis com disfunção aguda de órgãos associada.

### **(b) A codificação de SIRS, sépsis e sépsis grave**

A codificação de SIRS, sépsis e sépsis grave requer um mínimo de dois códigos: um código para a causa subjacente (tal como infecção ou trauma) e um código da subcategoria 995.9, Síndrome de Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS).

- (i) O código para a causa subjacente (tal como infecção ou trauma) deve ser sequenciado antes do código da subcategoria 995.9, Síndrome da Resposta Inflamatória Sistémica (SIRS).
- (ii) A sépsis e a sépsis grave necessitam de um código para a infecção sistémica (038.XX, 112.5, etc.) e um dos códigos 995.91, Sépsis, ou 995.92, Sépsis grave. Se o organismo etiológico não está documentado deve ser atribuído o código 038.9, Septicemia não especificada.
- (iii) A sépsis grave requer código(s) adicional(s) para as disfunções agudas de órgão(s) associadas.
- (iv) Se um paciente tem sépsis com disfunção de múltipla de órgãos, siga as instruções para a codificação de sépsis grave.
- (v) Os termos sépsis ou SIRS devem estar documentados para se poder atribuir um código da subcategoria 995.9.

*Veja a Secção I.C.17.g) Lesões e envenenamento, para informações sobre a síndrome da resposta inflamatória sistémica (SIRS), devido ao trauma/queimaduras e outros processos não infecciosos.*

- (c) Devido à natureza complexa da sépsis e sépsis grave alguns casos podem exigir que o clínico seja inquirido antes da codificação definitiva do episódio clínico.

## 2) Sequenciamento de sépsis e sépsis grave

### (a) A codificação de SIRS, sépsis e sépsis grave

Se a sépsis ou sépsis grave está presente na admissão, e corresponde à definição do diagnóstico principal, o código de infecção sistémica (por exemplo, 038.xx, 112.5, etc.) devem ser considerado como diagnóstico principal, seguido pelo código 995.91, Sépsis, ou 995.92, Sépsis grave, como referido pelas regras de sequenciação da Lista Tabular. Os códigos da subcategoria 995.9 nunca podem ser diagnóstico principal. Devem ser atribuídos também os códigos relativos a qualquer infecção localizada, se presente.

Se a sépsis ou sépsis grave forem devidas a uma infecção após um procedimento, veja a Secção I.C.1.b.10 para guidelines relacionadas com a sépsis devida a complicação após procedimentos.

### (b) Sépsis e sépsis grave como diagnósticos adicionais

Quando a sépsis ou sépsis grave se desenvolve durante o episódio (não estando presente na altura da admissão), o código de infecção sistémica e os códigos de sépsis (995.91 ou 995.92) devem ser diagnósticos adicionais.



**(c) Documentação confusa sobre se a sépsis ou sépsis grave está presente na admissão**

A sépsis ou a sépsis grave podem estar presente na admissão, mas o diagnóstico pode não ser confirmado até algum tempo após a admissão. Se os registos não são claros relativamente à presença da sépsis ou sépsis grave na altura da admissão, o clínico deve ser consultado.

**3) Sépsis/SIRS com Infecção Localizada**

Se o motivo de internamento é sépsis, sépsis grave, ou SIRS e uma infecção localizada, como pneumonia ou celulite, deve ser codificado primeiro um código para a infecção sistémica (038.xx, 112.5, etc.) seguido do código 995.91 ou 995.92. Se o paciente é internado com uma infecção localizada, como pneumonia e a sépsis/SIRS não se desenvolveu até à altura da admissão, veja a guideline I.C.1.b.2.b).

Se a infecção localizada surge após um procedimento, veja a *Secção I.C.1.b.10 para guidelines relacionadas com a sépsis devida a infecções após procedimentos.*

**Nota:** O termo urosépsis é um termo inespecífico. Se for o único termo documentado apenas deve ser codificado o código 599.0 atribuído com base no termo existente no Índice Alfabético da CID-9-MC, para além do código para o organismo causal, se conhecido.

**4) Sépsis bacteriana e Septicemia**

Na maioria dos casos, será um código da categoria 038, Septicemia, que será usado em conjunto com um código da subcategoria de 995.9 tais como os seguintes:

**(a) Sépsis Estreptocócica**

Se a documentação nos registos refere sépsis estreptocócica, deve ser codificado 038.0, Septicemia estreptocócica e o código 995.91 deverá ser utilizado em sequência.

**(b) Septicemia Estreptocócica**

Se os registos referem septicemia estreptocócica, apenas deve ser atribuído o código 038.0, no entanto, o clínico deve ser consultado sobre se o paciente tem sépsis, uma infecção com SRIS.

**5) Disfunção aguda de órgão não claramente associada a Sépsis**

Se um paciente tem uma sépsis e uma disfunção orgânica aguda, mas a documentação do registo médico indica que a disfunção orgânica aguda está relacionada com uma condição médica diferente da sépsis, não deve ser atribuído o código 995.92, Sépsis grave. Uma disfunção orgânica aguda deve ser associada com a sépsis a fim de atribuir o código de sépsis grave. Se os registos médicos não são claros quanto ao facto de uma disfunção

orgânica aguda estar relacionada com a sépsis ou como outra condição, o clínico deve ser questionado.

## **6) Choque séptico**

### **(a) Sequenciamento de choque séptico**

O choque séptico geralmente refere-se à insuficiência circulatória associada à sépsis grave e, portanto, representa um tipo de disfunção orgânica aguda.

Para todos os casos de choque séptico, o código para a infecção sistêmica deve ser sequenciado em primeiro lugar, seguido dos códigos 995.92 e 785.52. Os códigos adicionais para outras disfunções agudas de órgãos também devem ser atribuídos. Como se observa nas instruções de sequenciamento na Lista Tabular, o código para choque séptico não pode ser diagnóstico principal.

### **(b) Choque séptico sem documentação de sépsis grave**

O choque séptico indica a presença de sépsis grave.

O código 995.92, Sépsis grave, deve ser associado ao código 785.52, Choque séptico, mesmo se o termo sépsis grave não está documentado no registo clínico. As notas "use código adicional" e "codifique primeiro" No índice tabular, dão suporte a essa norma.

## **7) Sépsis e choque séptico complicando abortamento e gravidez**

Sépsis e choque séptico complicando abortamento, gravidez ectópica e gravidez molar são codificados na categoria de Códigos do Capítulo 11 (630-639).

*Veja secção I.C.11.i.7. para informação sobre a codificação de sépsis puerperal.*

## **8) Hemoculturas negativas ou inconclusivas**

Hemoculturas negativas ou inconclusivas, não excluem um diagnóstico de septicemia ou sépsis em pacientes com diagnóstico clínico da situação, no entanto, o clínico deve ser consultado.

## **9) Sépsis Neonatal**

*Veja a Secção I.C.15.j para informações sobre a codificação de sépsis neonatal.*

## **10) Sépsis devida a complicação de procedimento**

### **(a) Documentação de relação causal**

Como com todas as complicações de procedimentos, a atribuição de um código baseia-se na documentação do clínico da relação entre a infecção e o procedimento.

**(b) Sépsis devida a infecção pós-procedimento**

Em situações de sépsis após procedimentos, o código de complicação como o código 998.59, Outra infecção pós-operatória, ou 674.3x, Outras complicações de feridas cirúrgicas obstétricas, deve ser codificado primeiro, seguido pelos códigos adequados de sépsis (código de infecção sistêmica e um dos códigos de sépsis, 995.91 ou 995.92). Códigos adicionais de disfunção aguda de órgãos devem ser atribuídos em casos de sépsis grave.

**11) Códigos de causa externa de lesão com SIRS**

*Consulte a Secção I.C.19.a.7 para instruções sobre o uso de códigos de causa externa de lesão com códigos para SIRS resultantes de trauma.*

**12) Sépsis grave e sépsis associada a processo não infeccioso**

Em alguns casos, um processo não-infeccioso, tal como trauma, pode levar a uma infecção que pode resultar em sépsis ou sépsis grave. Se a sépsis ou sépsis grave está documentada como associada a uma condição não-infecciosa, como uma queimadura ou lesão grave, e esta situação se enquadra na definição de diagnóstico principal, o código para a situação não-infecciosa deve ser codificado como diagnóstico principal, seguido do código para a infecção sistêmica e um dos códigos 995.91, Sépsis, ou 995.92, Sépsis grave. Os diagnósticos adicionais para qualquer disfunção aguda de órgão associada também devem ser atribuídos nas situações de sépsis grave. Se a sépsis ou sépsis grave corresponde à definição de diagnóstico principal, estes devem ser codificados antes da situação não-infecciosa.

*Veja a Secção I.C.1.b.2.a. para as guidelines relativas à sépsis ou sépsis grave como diagnóstico principal.*

Apenas um código da subcategoria 995.9 deve ser utilizado. Assim, quando uma situação não-infecciosa leva a uma infecção que resulta em sépsis ou sépsis grave, codifique um dos códigos 995.91 ou 995.92. Não atribuir o código 995.93, Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica devido a processo não infeccioso sem disfunção aguda de órgãos, ou 995.94, Síndrome de Resposta Inflamatória Sistêmica com disfunção aguda de órgão.

*Veja a Secção I.C.17.g para obter informações sobre a codificação de SIRS devido A trauma/queimaduras ou outras situações de doenças não-infecciosas.*

**c. Situações de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA)**

## 1) Selecção e sequenciamento dos códigos de MRSA

### (a) Combinação de códigos para a infecção por MRSA

Quando um paciente é diagnosticado com uma infecção devida a *Staphylococcus aureus* resistente à metilina (MRSA), e a infecção tem um código de combinação que inclui o organismo causal (por exemplo, septicemia, pneumonia) deve ser atribuído o código adequado para a situação (por exemplo, código 038.12, Septicemia por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina, ou código 482.42, Pneumonia por *Staphylococcus aureus* resistente à metilina). Não atribua o código 041.12, *Staphylococcus aureus* resistente à metilina como diagnóstico adicional porque o código inclui o tipo de infecção e o organismo MRSA. Não atribua um código da subcategoria V09.0, Infecção por microrganismos resistentes à penicilina, como um diagnóstico adicional.

*Veja a Secção C.1.b.1 para instruções sobre a codificação e sequenciamento da septicemia.*

### (b) Outros códigos para a infecção por MRSA

Quando não há documentação de uma infecção actual (por exemplo, infecção da ferida, abscesso de pontos, infecção do trato urinário), devido a MRSA, e essa infecção não tem um código de combinação que inclui o organismo causal, seleccione o código adequado para identificar a condição juntamente com o código 041.12, *Staphylococcus aureus* resistente à metilina, para a infecção por MRSA. Não deve ser atribuído um código da subcategoria V09.0, Infecção com microrganismos resistentes às penicilinas.

### (c) *Staphylococcus aureus* sensível à metilina (MSSA) e colonização por MRSA

A condição ou estado de ser colonizado ou portador de MSSA ou MRSA é chamada colonização, enquanto o indivíduo é descrito como sendo colonizado ou portador. Colonização significa que o MSSA ou o MRSA está presente no corpo, sem necessariamente causar doença. Um teste positivo da colonização por MRSA deve ser documentado pelo clínico como "teste de despiste de MRSA positivo" ou "esfregaço nasal positivo para MRSA".

Atribua o código V02.54, Portador ou portador suspeito de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina, quando o paciente estiver documentado como tendo colonização por MRSA. Atribua o código V02.53, Portador ou portador suspeito de *Staphylococcus aureus* sensível à metilina, para pacientes documentados como tendo colonização por MSSA.

A colonização não é necessariamente indicativa de um processo de doença ou como causa de uma condição específica que o paciente possa ter, a menos que tal seja documentado pelo clínico.

O Código V02.59, Outras doenças bacterianas especificadas, deve ser atribuído a outros tipos de colonização Estafilocócica (por exemplo, *S. epidermidis*, *S. saprophyticus*). O código V02.59 não deve ser atribuído à colonização por qualquer tipo de *Staphylococcus aureus* (MRSA, MSSA).

#### **(d) Colonização e infecção por MRSA**

Se um paciente está documentado como tendo colonização e infecção por MRSA durante o internamento hospitalar, pode ser atribuído o código V02.54, Portador ou Portador suspeito de *Staphylococcus aureus* resistente à metilina, juntamente com um código para a infecção por MRSA.

## **2. Capítulo 2: Neoplasias (140 – 239)**

### **Guidelines gerais**

O Capítulo 2 da CID-9-MC contém os códigos para a maioria da maioria das neoplasias benignas e todas as neoplasias malignas. Algumas neoplasias benignas, como o adenoma da próstata, podem ser encontradas nos capítulos específicos do corpo. Para codificar correctamente o código de neoplasia, é necessário determinar a partir do registo clínico, se a neoplasia é benigna, in-situ, maligna, ou de comportamento histológico incerto. Se maligna, qualquer localização secundária (metastático) também deve ser determinada.

A tabela de neoplasias do Índice Alfabético deve ser consultada primeiro. No entanto, se o termo histológico estiver documentado, o termo deve ser consultado em primeiro lugar, ao invés de ir imediatamente para a Tabela de Neoplasias, a fim de determinar qual a coluna na tabela mais adequada. Por exemplo, se os registos indicam "adenoma" deve ser consultado o termo no Índice Alfabético para rever as entradas ao abrigo deste termo, bem como as notas de instrução "ver também neoplasia, pela localização, benigna". A tabela indica qual o código adequado com base no tipo de neoplasia e da localização. É importante seleccionar a coluna apropriada na tabela que corresponde ao tipo de neoplasia. O índice tabular deve ser consultado para verificar se o código correcto foi seleccionado a partir da tabela e que não existe um código de localização mais específico.

*Veja Secção I.C.18.d.4. para obter informações sobre códigos de V de susceptibilidade genética ao cancro.*

#### **a. Tratamento dirigido à neoplasia**

Se o tratamento é dirigido à neoplasia, esta deve ser designada como diagnóstico principal.

A única excepção admitida a esta guideline consiste na admissão do paciente exclusivamente para a administração de quimioterapia, imunoterapia ou radioterapia, devendo ser atribuído o código de diagnóstico principal V58.x, sendo diagnósticos adicionais os problemas para os quais o tratamento é realizado.

#### **b. Tratamento da localização secundária**

Quando um paciente é internado por causa de uma neoplasia primária com metástase e tratamento é dirigido apenas para a localização secundária, a neoplasia secundária deve ser designada como o diagnóstico principal, embora a neoplasia primária ainda esteja presente.

#### **c. Codificação e sequenciação das complicações**

A codificação e sequenciação das complicações associadas a neoplasias malignas ou com o seu tratamento estão sujeitas às seguintes orientações:

##### **1) Anemia associada à neoplasia**

Quando o episódio é tem como objectivo a gestão de uma anemia associada à neoplasia, e o tratamento é somente para a anemia, esta deve ser o diagnóstico principal (código 285.22, Anemia na doença neoplásica) seguido do código adequado para a neoplasia.

O código 285.22 também pode ser usado como um código secundário se o paciente sofre de anemia e está sendo tratado para a neoplasia.

**Os códigos 285.22, Anemia na doença neoplásica, e 285.3, Anemia induzida pela Quimioterapia, podem ser utilizados em conjunto se estiver documentada a etiologia mista para a anemia.**

##### **2) Anemia associada à quimioterapia, imunoterapia e radioterapia**

Quando o episódio é para a gestão de uma anemia associada à quimioterapia, imunoterapia ou radioterapia e o único tratamento é dirigido à anemia, esta deve ser diagnóstico principal. O código de neoplasia deve diagnóstico adicional.

##### **3) Abordagem da desidratação devido à neoplasia**

Quando o episódio é dirigido para a desidratação devida à neoplasia ou ao tratamento, ou a uma combinação de ambos, e só esta é tratada (rehidratação intravenosa), a desidratação deve ser o diagnóstico principal, seguida do código para a malignidade.

##### **4) Tratamento de uma complicação decorrente de um procedimento cirúrgico**

Quando o episódio tem como objectivo o tratamento de uma complicação decorrente de um procedimento cirúrgico, deve designar-se a complicação como diagnóstico principal desde que o tratamento seja dirigido para a resolução da complicação.

#### **d. Neoplasia primária previamente tratada**

Quando uma neoplasia primária foi previamente tratada, não existe um tratamento dirigido a esse local e não há nenhuma evidência da existência de qualquer lesão primária, deve ser utilizado um código da categoria V10, História pessoal de neoplasia maligna, para indicar a localização da neoplasia primária. Qualquer menção da extensão, invasão, ou metastização para outra localização deve ser codificada como neoplasia maligna secundária. A localização secundária pode ser o diagnóstico principal, com o código V10.x usado como um diagnóstico adicional.

#### **e. Episódios envolvendo quimioterapia, imunoterapia e radioterapia**

##### **1) Episódio de cuidado envolvendo a remoção cirúrgica da neoplasia**

Quando o episódio de cuidados envolve a remoção cirúrgica de uma neoplasia primária ou secundária, seguida de quimioterapia ou radioterapia adjuvante no mesmo episódio, o código da neoplasia deve ser atribuído como o diagnóstico principal, utilizando os códigos da série 140-198 ou eventualmente da série 200-203.

##### **2) Episódio criado exclusivamente para a administração de quimioterapia, imunoterapia ou radioterapia**

Se a admissão do paciente é apenas para a administração de quimioterapia, imunoterapia ou radioterapia deve ser atribuído o código V58.0, Encontro para radioterapia, ou V58.11, Encontro para quimioterapia, ou V58.12, Encontro para imunoterapia como diagnóstico principal. Se um paciente recebe mais do que um destes tratamentos durante o episódio pode ser atribuído mais de um destes códigos, em qualquer sequência.

À neoplasia para a qual o tratamento está a ser realizado, deve ser atribuída um diagnóstico adicional.

##### **3) Paciente admitido para radioterapia/quimioterapia e que desenvolve complicações**

Quando um paciente é admitido para realizar radioterapia, imunoterapia ou quimioterapia e desenvolve complicações, tais como náuseas e vômitos não controlados ou desidratação, o diagnóstico principal deve ser V58.0, Encontro para radioterapia, ou V58.11, Encontro para quimioterapia, ou V58.12, Encontro para imunoterapia, seguido pelos códigos das complicações.

#### **f. Episódio para determinar a extensão da neoplasia**

Quando o motivo do episódio é a determinação da extensão da neoplasia, ou para um procedimento como paracentese ou toracocentese, a neoplasia primária ou a localização metastática deve ser o diagnóstico principal, mesmo que haja lugar à administração de quimioterapia ou radioterapia.

#### **g. Sintomas, sinais e condições mal definidas associadas a neoplasias enumerados no Capítulo 16**

Os sintomas, sinais e condições mal definidas que constam do capítulo 16, característicos ou associados a uma neoplasia primária ou secundária existente não podem ser usados para substituir a neoplasia como diagnóstico principal, independentemente do número de internamentos para o tratamento e cuidados à neoplasia.

#### **h. Episódio para o controle e gestão da dor**

*Veja a Seção I.C.6.a.5 para informação sobre codificação de episódios para o controle e gestão da dor.*

#### **i. Neoplasia maligna associada a órgão transplantado**

A neoplasia maligna de um órgão transplantado deve ser codificada como uma complicação da transplantação. Deve atribuir-se primeiro o código adequado da subcategoria 996.8, Complicações de órgão transplantado, seguido pelo código 199.2, Neoplasia maligna associada a órgão transplantado. Use um código adicional para a neoplasia propriamente dita.

### **3. Capítulo 3: Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas e Doenças da Imunidade (240-279)**

#### **a. Diabetes Mellitus**

Os códigos na categoria 250, Diabetes Mellitus, identificam complicações/manifestações associadas com a diabetes mellitus. É necessário um quinto dígito para todos os códigos da categoria 250 para identificar o tipo de diabetes mellitus e se a diabetes está controlada ou descontrolada.

*Veja I.C.3.a.7 para diabetes secundária*

#### **1) Quinto dígito para a categoria 250:**

Os seguintes são os quintos dígitos para os códigos relativos à Categoria 250:

- 0 - Tipo II ou não especificada, não declarada como descontrolada
- 1 - Tipo I, [tipo juvenil], não declarada como descontrolada
- 2 - Tipo II ou não especificada, descontrolada
- 3 - Tipo I, [tipo juvenil], descontrolada

A idade do paciente não é o único factor determinante, embora a maioria dos diabéticos tipo I desenvolvam a doença antes de atingirem a puberdade. Por este motivo, a diabetes mellitus é também conhecida como diabetes juvenil.

#### **2) Tipo de diabetes mellitus não documentado**

Se o tipo de diabetes não está documentado no registo clínico deve ser considerada do tipo II.

#### **3) Diabetes mellitus e o uso de insulina**

Todos os diabéticos tipo I devem usar insulina para substituir a que o seu corpo não produz. No entanto, o uso de insulina não significa que um paciente é um diabético tipo I. Alguns pacientes com diabetes mellitus tipo II são incapazes de controlar os níveis de açúcar no sangue apenas através de dieta e medicação oral e necessitam de insulina. Se a documentação num registo médico não indica o tipo de diabetes, mas refere que o paciente usa insulina, deve ser usado o quinto dígito apropriado para tipo II. Para pacientes do tipo II, que usam insulina por rotina, deve ser atribuído o código V58.67, Uso prolongado (actual) de insulina, indicar que o doente usa Insulina. O código V58.67 não deve ser atribuído se a insulina é administrada temporariamente para controlar um doente diabético de tipo II durante um episódio de internamento.



#### **4) Atribuir e sequenciar códigos de diabetes e condições associadas**

Quando são atribuídos códigos para diabetes e condições associadas, o código da categoria 250 deve ser codificado primeiro que os códigos para as condições associadas. Os códigos de diabetes e os códigos secundários que lhes correspondem são códigos associados que seguem a convenção etiologia/manifestação da classificação (*ver Secção I.A.6., Convenção Etiologia/Manifestação*). Devem atribuir-se tantos códigos da categoria 250, quantos os necessários para identificar todas as situações associadas que o paciente tem. Os respectivos códigos secundários estão listados em cada um dos códigos de diabetes.

##### **a) Retinopatia diabética/edema macular diabético**

O edema macular diabético, código 362.07, só está presente na retinopatia diabética. Deve ser utilizado outro código da subcategoria 362.0, Retinopatia diabética, com o código 362.07. Os códigos da subcategoria 362.0 são códigos de manifestação da diabetes, devendo ser usados após o código de diabetes adequado.

#### **5) Diabetes mellitus na gravidez e diabetes gestacional**

(a) Para diabetes mellitus complicando a gravidez, consulte a Secção I.C.11.f., Diabetes mellitus na gravidez.

(b) Para diabetes gestacional consulte a Secção I.C.11, G., Diabetes gestacional.

#### **6) Avaria da bomba de insulina**

##### **(a) Sub-dose de insulina devido a falha na bomba de insulina**

Uma dose sub-terapêutica de insulina devido a uma avaria da bomba de insulina deve ser codificada 996.57, Complicação mecânica devida a bomba de insulina, como diagnóstico principal, seguido do código adequado de diabetes mellitus baseado na documentação clínica.

##### **(b) Overdose de insulina devido a avaria da bomba de insulina**

O código principal para um episódio devido a uma avaria da bomba de insulina, que resulta numa overdose de insulina, também deve ser 996.57, Complicação mecânica devida a bomba de insulina, seguido pelo código 962.3, Intoxicação por insulina e agentes antidiabéticos, seguidos do código adequado de diabetes mellitus, com base na documentação clínica.

#### **7) Diabetes Mellitus secundária**

Os códigos da categoria 249, Diabetes mellitus secundária, identificam as complicações/manifestações associadas à Diabetes mellitus secundária. A diabetes secundária é sempre causada por outra condição ou evento (por exemplo, fibrose cística, neoplasia maligna do pâncreas, pancreatectomia, efeito adverso de fármaco ou envenenamento).

##### **(a) Quintos dígitos para a categoria 249:**

É necessário um quinto dígito para todos os códigos da categoria 249 de modo a determinar se a diabetes está controlada ou descontrolada.

**(b) Diabetes mellitus secundária e uso de insulina**

Para os pacientes que usam insulina por rotina, deve ser utilizado o código V58.67, Uso continuado de insulina. O Código V58.67 não deve ser atribuído se a insulina é administrada temporariamente para controlar a glicemia de um paciente durante um episódio.

**(c) Codificação e sequenciação dos códigos de diabetes secundária e de condições associadas**

Quando os códigos de diabetes secundária e das suas condições associadas (por exemplo, manifestações renais), são atribuídos, os códigos da categoria 249 devem ser codificados antes dos códigos para as condições associadas. Os códigos de diabetes secundária e os códigos de manifestação da diabetes que lhes correspondem estão em pares seguindo as convenções da classificação etiologia/manifestação. Devem ser atribuídos quantos códigos da categoria 249, quantos os necessários para identificar todas as condições associadas, que o paciente tem. Os códigos correspondentes às condições associadas estão listados em cada um dos códigos de diabetes secundária. Por exemplo, à diabetes secundária com nefrose diabética é atribuído o código 249.40, seguido por 581.81.

**(d) Atribuição e sequenciação dos códigos de diabetes secundária e suas causas**

A sequenciação dos códigos de diabetes secundária e a sua relação com os códigos para a causa da diabetes é feita com base no motivo do episódio, guidelines de sequenciamento da CID-9-MC e nas guidelines específicas do capítulo.

Se um paciente é observado para o tratamento da diabetes secundária ou de uma das suas complicações associadas, deve ser codificado como diagnóstico principal um código da categoria 249, com a causa da diabetes secundária (por exemplo, fibrose cística) como um diagnóstico adicional.

Se, no entanto, o paciente for observado para o tratamento de uma condição causadora da diabetes secundária (por exemplo, neoplasia maligna do pâncreas), o código para a causa da diabetes secundária deve ser codificado como diagnóstico principal, seguido por um código da categoria 249.

**(i) Diabetes mellitus secundária a pancreatectomia**

Para a diabetes mellitus pós-pancreatectomia (falta de insulina devida à remoção cirúrgica de todo ou parte do pâncreas), deve atribuir-se o código 251.3, Hipoinsulinemia pós-cirúrgica. **Atribua um código da subcategoria 249 e um código V45.79, Outra ausência adquirida de órgão, como códigos adicionais.** Codifique também qualquer manifestação diabética (por exemplo, nefrose diabética 581.81).

**(ii) Diabetes secundária devida a fármacos**

A diabetes secundária pode ser causada por um efeito secundário de medicamentos administrados correctamente, intoxicação ou efeito tardio de envenenamento.

Veja a Secção I.C.17.e para a codificação de efeitos adversos e envenenamento, e a Secção I.C.19 codificação de códigos E.

**4. Capítulo 4: Doenças do sangue e órgãos Hematopoiéticos (280-289)**

**a. Anemia da doença crónica**

A subcategoria 285.2, Anemia em doenças crónicas, tem códigos para anemia na doença renal crónica, código 285.21; anemia na doença neoplásica, código 285.22; e anemia crónica noutras doenças, código 285.29. Estes códigos podem ser utilizados como diagnóstico principal se o motivo do episódio é tratar a anemia. Também podem ser usados como códigos adicionais se o tratamento da anemia é um componente de um episódio, mas não a principal razão do mesmo. Ao usar um código da subcategoria 285 também é necessário utilizar o código da doença crónica causadora da anemia.

**1. Anemia na doença renal crónica**

Ao atribuir o código 285.21, Anemia na insuficiência renal crónica, também é necessário atribuir um código da categoria 585, Doença renal crónica, para indicar o estágio da doença renal crónica.

*Veja I.C.10.a. Doença Renal Crónica (IRC).*

**2. Anemia nas doenças neoplásicas**

Quando se atribui o código 285.22, Anemia nas doenças neoplásicas, também é necessário atribuir o código da neoplasia responsável pela anemia. O código 285.22 é para ser utilizado na anemia devida à doença neoplásica e não para a anemia secundária aos fármacos anti-neoplásicos, que nesta situação corresponde a um efeito adverso.

*Veja I.C.2.c.1 Anemia associada à doença neoplásica*

*Veja I.C.2.c.2 Anemia associada à quimioterapia, imunoterapia e radiação.*

**5. Capítulo 5: Doenças Mentais (290-319)**

Reservado para expansão futura.

**6. Capítulo 6: Doenças do Sistema Nervoso e órgãos dos sentidos (320-389)**

**a. Dor - Categoria 338**

**1. Informações gerais de codificação**

Os códigos da categoria 338 podem ser usados em conjunto com códigos de outras categorias e capítulos para fornecer mais detalhes sobre a dor aguda ou crónica e dor relacionada com neoplasias, a menos que exista indicação em contrário.

Se a dor não é especificada como aguda ou crónica, não devem ser atribuídos códigos da categoria 338, com excepção da dor pós-toracotomia, dor pós-operatória, dor relacionada com neoplasias ou síndrome de dor central.

Não deve ser atribuído um código das subcategorias 338.1 e 338.2, se o diagnóstico subjacente ou definitivo não é conhecido, a menos que o motivo do episódio seja o controlo ou abordagem da dor e não o tratamento da situação de base.

**(a) Códigos da categoria 338 como diagnósticos principais**

Códigos da categoria 338 são aceitáveis como diagnóstico principal nas seguintes situações:

- Quando o controlo ou abordagem da dor é considerado pelo clínico como o motivo do episódio (por exemplo, um doente com um disco intervertebral deslocado, compressão nervosa e dor lombar grave apresenta-se para injeção de corticóide no canal espinal). A causa subjacente da dor deve ser codificada como um diagnóstico adicional, se conhecido.
- Quando o motivo para o episódio é um procedimento dirigido para o tratamento da situação de base (por exemplo, uma fusão espinal, cifoplastia) o diagnóstico principal deve ser a causa da dor. Não deve ser atribuído um código da categoria 338 como diagnóstico adicional.
- Quando o doente é admitido para a inserção de um neuroestimulador para controlo da dor, deve designar-se o diagnóstico de dor como principal. Quando o episódio é dirigido para o tratamento da situação de base e o neuroestimulador é introduzido para controlo da dor durante o mesmo episódio, deve ser codificada como diagnóstico principal a causa subjacente e o código de dor como diagnóstico adicional.

**(b) Uso de códigos da Categoria 338 em conjunto com Códigos específicos de localização da dor**

**(i) Atribuir códigos da categoria 338 e códigos de dor específicos de local**

Os códigos da categoria 338 podem ser utilizados em conjunto com os códigos que identificam o local de dor (incluindo códigos do capítulo 16), desde que a categoria 338 forneça informações adicionais. Por exemplo, se o código descreve o local da dor, mas não descreve completamente se a dor é aguda ou crónica, então ambos os códigos devem ser usados.

**(ii) Sequenciamento dos códigos da categoria 338 com códigos de dor específicos de local**

O sequenciamento dos códigos da categoria 338 com os códigos de dor específicos de local (incluindo códigos do capítulo 16), está dependente das circunstâncias que provocaram o episódio:

- Se o episódio é para controlo ou abordagem da dor, deve atribuir-se o código da categoria 338 seguido do código de identificação específico do local da dor (por exemplo, ao episódio para abordagem de dor aguda do pescoço após trauma deve ser atribuído o código 338.11, Dor aguda devida a trauma, seguido do código 723.1, Cervicalgia, para identificar o local da dor).
- Se o episódio for por qualquer motivo, que não controle da dor, e ainda não foi estabelecido um diagnóstico definitivo relacionado (confirmado) pelo clínico, deve atribuir-se o código para a localização específica da dor em primeiro lugar, seguido pelo código adequado da categoria 338.

## **2. Dor devida a dispositivos, implantes ou enxertos**

A dor associada a dispositivos, implantes ou enxertos colocados num local cirúrgico (por exemplo, dor em prótese da anca) tem atribuído um código apropriado encontrado no capítulo 17, Lesões e Envenenamento. Utilize um código adicional da categoria 338 para identificar dor aguda ou crónica devida à presença do dispositivo, implante ou enxerto (338.18 – 338.19 ou 338.28 – 338.29).

## **3. Dor pós-operatória**

As dores pós-toracotomia ou pós-operatória são classificadas nas subcategorias 338.1 e 338.2, dependendo se a dor é aguda ou crónica. Na ausência de informação relativamente ao carácter agudo ou crónico da dor pós-toracotomia ou pós-operatória Deve ser codificada a forma aguda.

A dor pós-operatória que surge por rotina ou que é esperada imediatamente após a cirurgia não deve ser codificada.

### **(a) Dor pós-operatória não associada a complicações pós-operatórias específicas**

A dor pós-operatória não associada a complicações pós-operatórias específicas codifica-se nos códigos apropriados de dor pós-operatória na categoria 338.

### **(b) Dor pós-operatória associada a complicações pós-operatórias específicas**

À dor pós-operatória associada a complicações específicas pós-operatórias (como suturas de metal dolorosas) atribui-se o código adequado que se encontra no Capítulo 17, Lesões e Envenenamento. Se adequado, utilize o código adicional da categoria 338 para identificar dor aguda ou crónica (338.18 ou 338.28). Se o motivo do episódio for o controlo ou abordagem da dor, deve ser atribuído um código da categoria 338 como diagnóstico principal de acordo com a *Secção I.C.6.a.1.a.*

**(c) Dor pós-operatória como diagnóstico principal**

A dor pós-operatória pode ser codificada como diagnóstico principal quando o motivo declarado para o episódio está documentado como controlo ou abordagem da dor.

**(d) Dor pós-operatória como diagnóstico adicional**

A dor pós-operatória pode ser diagnóstico adicional quando o doente se apresenta para cirurgia ambulatória e desenvolve uma dor muito intensa ou pouco habitual no pós-operatório.

Os registos clínicos devem ser utilizados para orientar a codificação da dor pós-operatória, assim como a *Secção III. Codificar diagnósticos adicionais* e *Secção IV. Codificação no âmbito do ambulatório*.

*Ver Secção II.I.2 para informação na sequenciação de diagnósticos em doentes admitidos no hospital após observação pós-operatória.*

*Ver Secção II.J para informação sobre a sequenciação de diagnósticos em doentes admitidos no hospital após cirurgia de ambulatório.*

*Ver Secção IV.A.2 para informação sobre a sequenciação de diagnósticos em doentes admitidos para observação.*

**4. Dor crónica**

A dor crónica classifica-se na subcategoria 338.2. Não há um tempo definido que defina quando a dor passa de aguda a crónica. A informação existente nos registos clínicos deve ser usada para orientar a utilização destes códigos.

**5. Dor relacionada com Neoplasias**

O código 338.3 é atribuído à dor documentada como sendo relacionada com neoplasia primária ou secundária. Este código é utilizado independentemente de a dor ser aguda ou crónica.

**6. Síndrome da dor crónica**

Esta situação é diferente do termo “dor crónica”, devendo este código ser utilizado apenas quando o clínico a documentou especificamente.

**7. Capítulo 7: Doenças do sistema circulatório (390-459)**

**a. Hipertensão**

**Tabela de Hipertensão**

A Tabela de Hipertensão, encontrada sob o termo principal “Hipertensão”, no Índice Alfabético, contém uma listagem completa de todas as situações devidas ou associadas com hipertensão e classifica-as como malignas, benignas ou não especificadas.

**1) Hipertensão, essencial ou NOS**

A Hipertensão (arterial) (essencial) (primária) (sistémica) (NOS) é classificada nos códigos da categoria 401, com o quarto dígito para

indicar maligna (.0), benigna (.1) ou não especificada (.9). Não deve ser utilizado .0 maligna ou .1 benigna a menos que os registos clínicos suportem esta designação.

**2) Hipertensão com doença cardíaca**

As doenças cardíacas (425.8, 429.0 – 429.3, 429.8, 429.9) são classificadas em códigos da categoria 402 quando existe uma relação causal expressa (devida a hipertensão) ou sugerida (hipertensiva). Utilize um código adicional da categoria 428 para identificar o tipo de insuficiência cardíaca nos doentes com insuficiência cardíaca. Pode ser utilizado mais de um código da categoria 428 se o doente tiver insuficiência sistólica ou diastólica e insuficiência cardíaca congestiva.

As mesmas condições cardíacas (425.8, 429.0 – 429.3, 429.8, 429.9) com hipertensão, mas sem uma relação causal expressa, são codificadas separadamente. A sequenciação dos códigos deve estar de acordo com as circunstâncias de admissão do paciente.

**3) Doença renal crónica hipertensiva**

Utilize os códigos da categoria 403, Doença renal crónica hipertensiva, quando as situações classificadas na categoria 585 estão presentes. Ao contrário da hipertensão com doença cardíaca, a CID-9-MC presume uma relação causa-efeito e classifica a doença renal crónica com hipertensão como doença renal crónica hipertensiva.

Os quintos dígitos para a categoria 403 devem ser como segue:

- 0 com doença renal crónica, estágio I a IV, ou não especificada.
  - 1 com doença renal crónica, estágio V ou doença renal terminal.
- Os códigos adequados da categoria 585, Doença renal crónica, devem ser utilizados como códigos adicionais associados a um código da categoria 403 para identificar o estágio da doença renal crónica.

*Ver a Secção I.C.10.a para informação sobre a codificação da doença renal crónica.*

**4) Doença cardíaca hipertensiva e doença renal crónica**

Atribua códigos da categoria de combinação 404, Doença cardíaca hipertensiva e doença renal crónica, quando estão descritos nos registos clínicos, a doença renal hipertensiva e a doença cardíaca hipertensiva. Deve ser assumida a relação entre a hipertensão e a doença renal crónica, quer esteja ou não referida. Atribua um código adicional da categoria 428, para identificar o tipo de insuficiência cardíaca. Pode ser atribuído mais de um código da categoria 428 se o paciente tem insuficiência sistólica ou diastólica e insuficiência cardíaca congestiva.

Os quintos dígitos para a categoria 404 devem ser atribuídos da seguinte forma:

- 0 sem insuficiência cardíaca e com doença renal crónica estágio I a IV, ou não especificada

- 1 com insuficiência cardíaca e com doença renal crónica estágio I a IV, ou não especificada
- 2 sem insuficiência cardíaca e com doença renal crónica em fase V ou terminal
- 3 com insuficiência cardíaca e com doença renal crónica estágio V ou terminal

O código adequado da categoria 585, Doença renal crónica, deve ser utilizado como diagnóstico adicional juntamente com um código da categoria 404 para identificar o estágio da doença renal.

*Ver Secção I-C.10.a para informação sobre a codificação da doença renal crónica.*

**5) Doença hipertensiva cerebrovascular**

Codifique primeiro os códigos 430–438, Doença cerebrovascular, seguidos dos códigos adequados de hipertensão das categorias 401–405.

**6) Retinopatia hipertensiva**

São necessários dois códigos para identificar a situação. Codifique primeiro o código da subcategoria 362.11, Retinopatia hipertensiva, seguido dos códigos adequados das categorias 401-405 para indicar o tipo de hipertensão.

**7) Hipertensão secundária**

São necessários dois códigos: um para identificar a etiologia subjacente e outro da categoria 405 para identificar a hipertensão. O sequenciamento dos códigos é determinado pelo motivo de internamento.

**8) Hipertensão transitória**

Utilize o código 796.2, Pressão arterial elevada sem diagnóstico de hipertensão, a menos que o doente tenha um diagnóstico estabelecido de hipertensão. Use o código 642.3x para a hipertensão transitória da gravidez.

**9) Hipertensão controlada**

Utilize os códigos adequados da categoria 401-405. Esta afirmação de diagnóstico refere-se normalmente a um estado existente de hipertensão controlado com o tratamento.

**10) Hipertensão não controlada**

A hipertensão não controlada pode referir-se a hipertensão não tratada ou hipertensão que não responde ao regime terapêutico actual. Em qualquer dos casos, atribua os códigos adequados das categorias 401-405 para designar o estado e tipo de hipertensão. Codifique o tipo de hipertensão.

**11) Pressão arterial elevada**

No caso de haver uma afirmação de pressão arterial elevada sem outra especificação, atribua o código 796.2 Registo de pressão arterial elevada sem diagnóstico de hipertensão, em vez dum código da categoria 401.

**b. Enfarte cerebral / stroke / acidente cerebrovascular (AVC)**



Os termos stroke e AVC são utilizados como sinónimos para se referirem a um enfarte cerebral. Os termos stroke, AVC e enfarte cerebral NOS estão todos indexados para o código de base 434.91, Oclusão de artéria cerebral, não especificada, com enfarte. O código 436, Doença cerebrovascular aguda mas mal definida, não deve ser utilizado quando os registos clínicos referem stroke ou AVC.

*Ver a Secção I.C.18.d.3 para informação sobre o estado de pós administração de tPA numa instituição diferente nas 24 horas anteriores.*

#### **c. Acidente cerebrovascular pós-operatório**

Uma hemorragia ou enfarte cerebrovascular que ocorre como resultado de intervenção médica é codificado com 997.02, Enfarte ou hemorragia cerebrovascular iatrogénica. Os registos clínicos devem especificar claramente a relação causa-efeito entre a intervenção médica e o acidente cerebrovascular de modo a poder utilizar este código. Deve também ser utilizado um código adicional 430-432 ou das subcategorias 433 ou 434 com um quinto dígito “1” para identificar o tipo de hemorragia ou enfarte.

Esta guideline está conforme a nota de instrução “use código adicional” na categoria 997. O código 436, doença cerebrovascular aguda mas mal definida, não deve ser utilizado como diagnostico adicional com o código 997.02.

#### **d. Efeitos tardios da doença cerebrovascular**

##### **1) Categoria 438, Efeitos tardios da doença cerebrovascular**

A categoria 438 é utilizada para indicar condições classificáveis nas categorias 430-437 como causas de efeitos tardios (deficits neurológicos), eles próprios classificados noutra local. Estes “efeitos tardios” incluem deficits neurológicos que persistem após o início das situações classificadas de 430-437. Os deficits neurológicos provocados pela doença cerebrovascular podem estar presentes desde o início ou podem surgir em qualquer altura após o início da situação classificada entre 430-437.

##### **2) Códigos da categoria 438 com códigos de 430-437**

Os códigos da categoria 438 podem ser atribuídos nos registos juntamente com os códigos 430-437, se o doente tem um acidente cerebrovascular (AVC) e deficits de um AVC antigo.

##### **3) Código V12.54**

Atribua o código V12.54, Acidente isquémico transitório (AIT) e enfarte cerebral sem deficits residuais (e não um código da categoria 438) como um código adicional para história de doença cerebrovascular quando não estão presentes deficits neurológicos.

#### **e. Enfarte agudo do miocárdio (EAM)**

##### **1) Enfarte do miocárdio com elevação de ST (EAMEST) e enfarte do miocárdio sem elevação de ST (EAMSEST)**

Os códigos da CID-9-MC para enfarte agudo do miocárdio (EAN) identificam o local, como da parede antero-lateral ou parede posterior verdadeira. As subcategorias 410.0-410.6 e 410.8 são utilizadas para o enfarte do miocárdio com elevação de ST (EAMEST). A subcategoria 410.7, Enfarte sub-endocárdico, é utilizada para o enfarte do miocárdio sem elevação de ST (EAMSEST) e EAM não transmural.

**2) Enfarte agudo do miocárdio, não especificado**

A subcategoria 410.9 é a opção para o termo não específico enfarte agudo do miocárdio. Se apenas houver referência a EAMEST ou EAM transmural, sem referência ao local, inquirir o clínico relativamente à localização, ou atribuir um código da subcategoria 410.9.

**3) EAM documentado como não transmural ou sub-endocárdico, mas sem localização fornecida**

Se o EAM está documentado como não transmural ou sub-endocárdico, e a localização foi fornecida, deve ser documentado como EAM sub-endocárdico. Se um EAMSEST evolui para EAMEST, deve ser atribuído o código deste último. Se EAMEST evolui para EAMSEST devido a terapêutica trombolítica, deve ser mantida a codificação de EAMEST.

*Ver Secção I.C.18.d.3 para informação sobre a codificação do estado após administração de tPA numa instituição diferente nas últimas 24 horas.*

## **8. Capítulo 8: Doenças do Aparelho Respiratório (460-519)**

*Ver I.C.17.f. para pneumonia associada ao ventilador.*

### **a. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica [DPOC] e Asma**

**1) Situações que englobam DPOC e Asma**

As situações que englobam DPOC são bronquite crónica obstrutiva, subcategoria 491.2 e enfisema, categoria 492. Todos os códigos de asma estão incluídos na categoria 493, Asma. O código 496, Obstrução crónica das vias aéreas não classificada de outro modo, é um código inespecífico que deve ser usado apenas quando os registos clínicos não especificam o tipo de DPOC em tratamento.

**2) Exacerbação aguda de bronquite crónica obstrutiva e asma**

Os códigos de bronquite obstrutiva crónica e asma distinguem entre casos não complicados e casos com exacerbações agudas. Uma exacerbação aguda consiste num agravamento ou descompensação de uma condição crónica. Uma exacerbação aguda não é equivalente a uma infecção que se sobrepõe numa condição crónica, embora uma exacerbação possa ser desencadeada por uma infecção.

**3) Sobreposição das condições que correspondem a DPOC e asma**

Devido à natureza muitas vezes sobreponível das condições que correspondem a DPOC e asma, existem muitas variações no modo como estas situações são documentadas. A selecção de códigos deve ser baseada

nos termos que se encontram documentados. Durante a selecção dos códigos mais correctos para o tipo documentado de DPOC e asma, é essencial rever primeiro o índice e depois verificar o código na lista tabular. Existem muitas notas de instrução nas várias subcategorias e códigos de DPOC. É importante que todas as notas sejam revistas de modo a assegurar uma atribuição correcta dos códigos.

#### **4) Exacerbação aguda de asma e estado de mal asmático**

Uma exacerbação aguda de asma consiste num aumento da gravidade dos sintomas de asma, como a pieira e a dispneia. O estado de mal asmático refere-se à falência o doente em responder ao tratamento administrado durante um episódio de asma sendo uma situação ameaçadora da vida que necessita de tratamento de emergência. Se o estado de mal asmático for documentado pelo clínico juntamente com qualquer tipo de DPOC ou bronquite aguda, o mal asmático deve ser codificado em primeiro lugar. É sempre mais importante que qualquer tipo de DPOC incluindo as exacerbações agudas ou bronquite aguda. É incorrecto atribuir um código de asma com quinto dígito 2, com exacerbação aguda, juntamente com um código de asma com quinto dígito 1, com estado de mal asmático. Apenas o quinto dígito 1 deve ser utilizado.

### **b. Doença Pulmonar Obstrutiva Crónica (DPOC) e Bronquite**

#### **1) Bronquite aguda com DPOC**

A bronquite aguda, código 466.0, é devida a um organismo infeccioso. Quando a bronquite aguda esta documentada juntamente com DPOC, deve ser codificado o código 491.22, Bronquite crónica obstrutiva com bronquite aguda. Não é necessário codificar também o código 466.0. se os registos médicos documentam bronquite aguda com DPOC com exacerbação aguda apenas o código 491.22 deve ser codificado. A bronquite aguda incluída no código 491.22 sobrepõe-se à exacerbação aguda. Se os registos clínicos documentam DPOC com exacerbação aguda sem menção de bronquite aguda, apenas deve ser codificado o código 491.21.

### **c. Falência Respiratória aguda**

#### **1) Falência respiratória aguda como diagnóstico principal**

O código 518.81, Falência respiratória aguda, pode ser utilizado como diagnóstico principal quando esta é a situação responsável por ocasionar a admissão hospitalar e a selecção tiver suporte no Índice Alfabético e Lista Tabular. No entanto as guidelines específicas de cada capítulo (como obstetrícia, intoxicações, VIH, recém-nascidos) que fornecem indicações sobre a sequenciação de códigos têm precedência.

#### **2) Falência respiratória aguda como diagnóstico adicional**

A falência respiratória pode ser listada como diagnóstico adicional se surgir após a admissão ou se estiver presente na admissão mas não corresponde à definição de diagnóstico principal.

#### **3) Sequenciamento de falência respiratória aguda e outra situação aguda**

Quando um doente é admitido com falência respiratória e outra situação aguda, (por exemplo, enfarte do miocárdio, acidente cerebrovascular, pneumonia de aspiração), o diagnóstico principal não é o mesmo em todas as situações. Esta regra aplica-se quer a outra situação que seja do âmbito respiratório ou não. A selecção do diagnóstico principal está dependente das condições da admissão. Se quer a falência respiratória quer a outra condição aguda são igualmente responsáveis pela admissão hospitalar e não existem regras de sequenciação específicas de capítulo, as guidelines que regem a selecção do diagnóstico principal quando mais do que um diagnóstico corresponde aos critérios de diagnóstico principal (*Secção II, C.*) devem ser aplicadas.

Se os registos clínicos não são claros quanto à responsabilidade relativa da falência respiratória e da outra condição na admissão do doente, então o clínico deve ser inquirido acerca da situação.

#### **d. Influenza (gripe) devida a *alguns vírus identificados***

Codifique apenas casos confirmados de gripe das aves (**código 488.0, Gripe devida a vírus da gripe das aves identificado**) ou do novo vírus da gripe H1N1 (**gripe suína ou H1N1, código 488.1**). Esta é uma excepção às guidelines hospitalares para o internamento de doentes Secção II, H. (diagnóstico incerto).

Neste contexto, “confirmação” não necessita de documentação laboratorial positiva específica para a gripe aviária **ou a nova H1N1**. No entanto, a codificação deve ser baseada na afirmação diagnóstica positiva do clínico que o doente tem gripe das aves **ou a nova H1N1 (gripe suína ou H1N1)**.

Se o clínico afirma “suspeita ou possível ou provável gripe aviária **ou nova H1N1 (gripe suína ou H1N1)**” deve ser atribuído o código apropriado de gripe da categoria 487. **Os códigos da categoria 488, Gripe devida a certos vírus da gripe identificados**, não devem ser utilizados nestas situações.

### **9. Capítulo 9: Doenças do aparelho digestivo (520-579)**

Reservado para expansão futura.

### **10. Capítulo 10: Doenças do aparelho Genito-urinário (580-629)**

#### **a. Doença renal crónica**

##### **1) Estádios da doença renal crónica (DRC)**

A CID-9-MC classifica a DRC com base na gravidade. A gravidade da DRC é designada por estádios de I-V. o estágio II, código 585.2, é equivalente a DRC ligeira; o estágio III, código 585.3, equivale a DRC moderada; e estágio IV, código 585.4, é equivalente a DRC grave. O código 585.6, Estádio terminal de doença renal (ETDR), é atribuído quando o clínico documentou doença renal terminal.

Se estiver documentado em simultâneo um estágio de DRC e ETDR, atribua apenas o código 585.6.

**2) Doença renal crónica e condição de transplante renal**

Doentes com um transplante renal podem ter alguma forma de DRC, porque o transplante renal pode não restaurar completamente a função renal. Assim sendo, a presença de DRC não é só por si uma complicação do transplante. O código 585 deve ser atribuído para o estágio da DRC juntamente com o código V42.0, se estiver documentada uma complicação do transplante como falência ou rejeição, veja a secção I.C.17.f.2.b para informação sobre a codificação das complicações dum transplante renal. Se os registos clínicos não forem claros acerca de o doente ter uma complicação do transplante, o clínico deve ser inquirido.

**3) Doença renal crónica com outras condições**

Os doentes com DRC podem sofrer de outras doenças, sendo as mais frequentes a diabetes mellitus e a hipertensão. O sequenciamento dos códigos de DRC em relação com os códigos de outras situações baseia-se nas convenções da Lista Tabular.

*Veja Secção I.C.3.a.4 para instruções de sequenciação da diabetes.*

*Veja Secção I.C.4.a.1 para anemia na DRC.*

*Veja Secção I.C.7.a.3 doença renal crónica hipertensiva.*

*Veja Secção I.C.17.f.2.b, Complicações de transplante renal, para instruções de codificação da rejeição ou falência documentadas.*

## **11. Capítulo 11: Complicações da gravidez, Parto e Puerpério (630-679)**

### **a. Regras Gerais Para Casos Obstétricos**

**1) Códigos do capítulo 11 e prioridades de sequenciação**

As situações obstétricas necessitam de códigos do capítulo 11, no intervalo 630-679, Complicações da Gravidez, Parto e Puerpério. Os códigos do capítulo 11 têm prioridade de sequenciação sobre os códigos dos outros capítulos. Códigos adicionais de outros capítulos podem ser usados em conjunto com os códigos do capítulo 11 para melhor especificar algumas situações. Se o clínico documentar que a gravidez é incidental para o episódio deve ser codificado o código V22.2 no lugar de qualquer outro código do capítulo 11. É responsabilidade do clínico afirmar que a situação em tratamento não afecta a gravidez.

**2) Utilização dos códigos do capítulo 11 apenas nos registos maternos**

Os códigos do capítulo 11 são para utilizar apenas nos registos maternos, nunca nos registos do recém-nascido.

**3) Quintos dígitos do capítulo 11**

As categorias 640-648 e 651-676 necessitam de quintos dígitos, que indicam se o episódio é ante-parto, pós-parto e se houve parto.

**4) Quintos dígitos adequados para cada código**

Os quintos dígitos que podem ser utilizados com cada código estão referenciados em parêntesis recto por baixo de cada código. Os quintos

dígitos em cada código devem ser consistentes uns com os outros, ou seja se houver um parto todos os quintos dígitos devem indicar o parto.

## **b. Selecção do Diagnostico Principal Obstétrico**

### **1) Consultas ambulatoriais pré-natais de rotina**

As consultas pré-natais de rotina sem complicações são codificadas como V22.0, Supervisão de primeira gravidez normal, e V22.1, Supervisão de outra gravidez normal. Estes códigos não devem ser usados conjuntamente com outros códigos do capítulo 11.

### **2) Consultas ambulatoriais pré-natais para doentes de alto risco**

Para consultas ambulatoriais de **rotina** de doentes com gravidez de alto-risco, deve ser utilizado um código da categoria V23, Supervisão de gravidez de alto risco, como diagnostico principal. Podem ser utilizados códigos adicionais do capítulo 11 em conjunto com estes códigos quando apropriado.

### **3) Episódios quando não há parto**

Nos episódios em que não há parto, o código principal deve corresponder à principal complicação da gravidez, que provocou o episódio. Se houver mais do que uma complicação, todas tratadas e/ou monitorizadas, qualquer dos códigos de complicação pode ser utilizado como diagnostico principal.

### **4) Quando ocorre um parto**

Quando ocorre um parto, o diagnóstico principal deve corresponder às circunstâncias ou complicação principal do parto. Nas situações de parto por cesariana, a selecção do diagnóstico principal **deve ser a condição considerada após a avaliação como sendo a responsável pela admissão da doente. Se a doente foi admitida por uma situação que terminou na realização de uma cesariana, deverá ser essa situação a seleccionada como diagnostico principal. Se o motivo para o episódio não esteve relacionado com a situação que provocou a cesariana, deve ser seleccionada como diagnostico principal a situação que provocou o episódio, mesmo tendo sido realizada uma cesariana.**

### **5) Resultado do parto**

Deve ser incluído no registo da mãe, um código com o resultado do parto, V27.0-V27.9, sempre que haja parto. Estes códigos não devem ser usados em registos subsequentes ou nos registos do recém-nascido.

## **c. Condições do Feto que Afectam a Abordagem da Mãe**

### **1) Códigos da categoria 655**

As alterações do feto, conhecidas ou suspeitadas, que afectam a abordagem da mãe e a categoria 656, Outros problemas da placenta ou do feto que afectam a abordagem da mãe, são utilizados apenas quando a situação fetal é responsável por alterar a abordagem da mãe, isto é, por necessitar de estudos diagnósticos, observações adicionais, cuidados

especiais, ou término da gravidez. O facto de a condição fetal existir não justifica a atribuição de um código ao registo materno.

*Ver Secção I.C.18.d. para situações maternas e fetais não confirmadas.*

## **2) Cirurgia *in* útero**

Em casos de cirurgia realizada no feto, deve ser utilizado um código da categoria 655, Alterações fetais conhecidas ou suspeitas afectando a abordagem da mãe, para identificar a condição fetal. O código de Procedimento 75.36, Correção de defeito fetal, deve ser atribuído nos registos hospitalares de internamento.

Não devem ser utilizados códigos do Capítulo 15, códigos peri-natais, nos registos da mãe para identificar condições fetais. A cirurgia realizada ao feto no útero materno deve ser codificada como um episódio obstétrico.

## **d. Infecção VIH na Gravidez, Parto e Puerpério**

Durante a gravidez, parto ou puerpério, uma doente admitida devido a uma infecção relacionada com o VIH deve receber o código principal 647.6X, Outra doença infecciosa ou parasitária especificada na mãe classificável em outro local, mas complicando a gravidez, parto ou puerpério, seguido do código 042 e dos códigos para as situações relacionadas com o VIH.

As doentes com infecção assintomática pelo VIH admitidas durante a gravidez, parto ou puerpério devem receber os códigos 647.6X e V08.

## **e. Condições Actuais Complicando a Gravidez**

Atribua um código da categoria 648.x às doentes que apresentam condições activas, quando estas afectam a abordagem da gravidez, parto ou puerpério. Use códigos adicionais de outros capítulos para identificar a condição conforme necessário.

## **f. Diabetes mellitus na gravidez**

A Diabetes mellitus é uma complicação significativa na gravidez. Mulheres grávidas diabéticas devem receber o código 648.0x, Diabetes mellitus complicando a gravidez, e um código adicional da categoria 250, Diabetes mellitus, ou categoria 249, Diabetes secundaria, para identificar o tipo de diabetes.

O código V58.67, Uso prolongado (corrente) de insulina, também deve ser utilizado se a diabetes está a ser tratada com insulina.

## **g. Diabetes gestacional**

A diabetes gestacional pode ocorrer durante o segundo e terceiro trimestre de gravidez, em mulheres que não eram diabéticas anteriormente. A diabetes gestacional pode causar complicações na gravidez semelhantes às da diabetes mellitus pré-existente. Também coloca a mulher em risco para o desenvolvimento de diabetes após a gravidez. A diabetes gestacional

codifica-se como 648.8x, Tolerância anormal à glicose. Os códigos 648.0x e 648.8x não devem ser usados em simultâneo no mesmo registo.

O código V58.67, Uso prolongado (corrente) de insulina, também deve ser utilizado se a diabetes gestacional está a ser tratada com insulina.

#### **h. Parto Normal, Código 650**

##### **1) Parto normal**

O código 650 é para ser utilizado quando uma mulher é admitida para um parto de termo sendo o resultado do parto, um bebé saudável, sem qualquer complicação ante-parto, durante o parto ou após o parto, durante o episódio de parto. O código 650 é sempre um diagnóstico principal. Não deve ser utilizado sempre que qualquer outro código do capítulo 11 seja necessário para descrever uma complicação actual do período ante-natal, do parto ou peri-natal. Podem ser utilizados códigos adicionais de outros capítulos com o código 650, desde que não estejam relacionados com ou compliquem a gravidez.

##### **2) Parto normal com complicação ante-parto resolvida**

O código 650 pode ser usado se a doente teve uma complicação em alguma altura da gravidez, mas já não está presente na altura da admissão para o parto.

##### **3) V27.0, Nascido vivo, único, resultado da gravidez**

O código V27.0, Nascido vivo, único, é o único código de resultado da gravidez apropriado para utilizar como código 650.

#### **i. Os Períodos Pós-parto e Peri-parto**

##### **1) Períodos pós-parto e peri-parto**

O período pós-parto começa imediatamente após o parto e continua por seis semanas após o parto. O período peri-parto é definido como desde o último mês de gravidez até cinco meses após o parto.

##### **2) Complicação pós-parto**

Uma complicação pós-parto é qualquer complicação que ocorra num período de seis semanas.

##### **3) Complicações relacionadas com a gravidez após um período de 6 semanas**

Os códigos do capítulo 11 também podem ser utilizados para descrever complicações relacionadas com a gravidez após o período de seis semanas, desde que o clínico documente que a situação está relacionada com a gravidez.

##### **4) Complicações pós-parto que ocorrem durante o mesmo episódio que o parto**

As complicações após o parto que ocorrem durante o mesmo episódio que o parto, são identificadas com um quinto dígito “2”. As admissões



subsequentes para complicações após o parto devem ser identificadas com o quinto dígito “4”.

**5) Admissão para cuidados de rotina após parto que ocorreu fora do hospital**

Quando a mãe tem o parto fora do hospital antes da admissão e é admitida para cuidados de rotina após o parto e não são encontradas complicações, deve ser utilizado o código V24.0, Cuidados pós-parto e observação imediatamente após o parto, como diagnóstico principal.

**6) Admissão após parto fora do hospital com complicações pós-parto**

Não deve ser utilizado um código de diagnóstico de parto numa mulher que teve o parto antes da entrada no hospital. Qualquer condição ou procedimento pós-parto deve ser codificada.

**7) Sépsis puerperal**

O código 670.2x, Sépsis puerperal, deve ser utilizado com um código adicional para identificar o organismo causal (por exemplo, para uma infecção bacteriana utilize um código da categoria 041, Infecções bacterianas classificadas em outro local ou em local não especificado). Não deve ser utilizado um código da categoria 038, Septicemia, em associação com o código de sépsis puerperal. Não utilize o código 995.91, Sépsis, uma vez que o código 670.2x descreve a sépsis. Se aplicável, utilize códigos adicionais para identificar sépsis grave (995.92) e qualquer disfunção aguda de órgão associada.

**j. Código 677, Efeitos tardios de complicações de gravidez**

**1) Código 677**

O código 677, Efeitos tardios de complicações da gravidez, parto e puerpério, é para utilizar nas situações em que uma complicação inicial da gravidez desenvolve uma sequela que necessita de cuidados ou tratamento numa data futura.

**2) Após o período pós-parto inicial**

Este código pode ser utilizado em qualquer altura após o período inicial de pós-parto.

**3) Sequenciamento do código 677**

Este código, como todos os códigos de efeitos tardios, deve ser sequenciado após o código que descreve a sequela da complicação.

**k. Abortamentos**

**1) Quintos dígitos necessários para as categorias de abortamento**

São necessários quintos dígitos para as categorias 634-637. **A atribuição dos quintos dígitos é baseada no estado da doente no início do episódio.** O quinto dígito 1, Incompleto, indica que todos os produtos da concepção não foram expulsos do útero. O quinto dígito 2, Completo, indica que todos os produtos da concepção foram expulsos do útero.

**2) Códigos das categorias 640-648 e 651-659**

Pode ser utilizado um código das categorias 640-648 e 651-659 como código adicional de um código de abortamento para indicar a complicação que levou ao abortamento.

O quinto dígito 3 é atribuído a códigos destas categorias quando utilizado com um código de abortamento uma vez que os outros quintos dígitos não se aplicam. Os códigos da série 660-669 não são para utilizar para complicações de abortamento.

**3) Código 639 para complicações**

O código 639 é para ser utilizado para todas as complicações após abortamento. O código 639 não pode ser atribuído associado a códigos das categorias 634-638.

**4) Abortamento com feto nascido vivo**

Quando uma tentativa de terminar a gravidez resulta num feto vivo, atribua o código 644.21, Parto precoce, com o código apropriado da categoria V27, Resultado do parto. O código de procedimento para a tentativa de terminar a gravidez deve também ser codificado.

**5) Produtos Retidos da Concepção após Abortamento**

As admissões subsequentes por produtos retidos de abortamento após um abortamento espontâneo ou legalmente induzido são codificados na categoria 634, Abortamento espontâneo, ou 635, Abortamento legalmente induzido, com quinto dígito “1” (incompleto). Esta regra aplica-se mesmo quando o doente teve alta anteriormente com um diagnóstico de abortamento completo.

## **12. Capítulo 12: Doenças da pele e Tecido Celular Subcutâneo (680-709)**

### **a. Códigos de estadiamento de úlceras de pressão**

**1) Estadiamento de úlceras de pressão**

São necessários dois códigos para descrever completamente uma úlcera de pressão: um código da subcategoria 707.0, Úlcera de pressão, para identificar o local da úlcera de pressão e um código da subcategoria 707.2, Estádio da úlcera de pressão.

Os códigos da subcategoria 707.2, Estádio da úlcera de pressão, são utilizados como códigos adicionais dum código da subcategoria 707.0, Úlcera de pressão. Os códigos 707.2, Estádios da úlcera de pressão, não podem ser diagnósticos principais. Os códigos de estadiamento das úlceras de pressão devem ser usados apenas com úlceras de pressão e não com outros tipos de úlceras (por exemplo, úlceras de estase).

A CID-9-MC classifica os estádios de úlceras de pressão baseados na gravidade, que é designada pelos estádios I-IV e não estadiável.

**2) Úlceras de pressão não estadiáveis**

A atribuição do código 707.25, Úlcera de pressão não estadiável, deve ser baseada na documentação clínica. O código 707.25 é utilizado para úlceras de pressão cujo estágio não pode ser clinicamente determinado (por exemplo, a úlcera está coberta por uma escara ou foi tratada com um enxerto muscular ou cutâneo) e úlceras de pressão documentadas lesão dos tecidos profundos mas não documentada como provocadas por traumatismo. Este código não deve ser confundido com o código 707-20, Úlcera de pressão, estágio não especificado. O código 707.20 deve ser atribuído quando não existe documentação relativa ao estágio da úlcera de pressão.

**3) Estádio documentado da úlcera de pressão**

A atribuição do código de estágio da úlcera de pressão deve ser realizada com base nos registos clínicos ou documentação dos termos encontrados no Índice. Para os termos clínicos que descrevem o estágio mas que não são encontrados no Índice, e não existe documentação que refira o estadiamento, deve questionar-se o clínico.

**4) Úlceras de pressão bilaterais com o mesmo estágio**

Quando um doente tem úlceras de pressão bilaterais (por exemplo, ambas as nádegas) e ambas estão documentadas como estando no mesmo estágio, apenas deve ser reportado um código para a localização e um para o estágio.

**5) Úlceras de pressão bilaterais com estádios diferentes.**

Quando um doente tem úlceras de pressão bilaterais (por exemplo, ambas as nádegas) e cada uma está documentada como tendo estádios diferentes, atribua um código para o local e os códigos adequados para o estadiamento.

**6) Úlceras de pressão múltiplas com estádios diferentes**

Quando um doente tem úlceras de pressão múltiplas em localizações diferentes (por exemplo, nádega, tornozelo, ombro) e cada úlcera de pressão está documentada como tendo estádios diferentes (por exemplo, estágio 3 e estágio 4), atribua os códigos adequados para cada localização diferente e um código para cada estágio das úlceras de pressão.

**7) Doentes admitidos com úlceras de pressão documentadas como curadas**

Não se atribuem códigos se os registos clínicos referem que a úlcera de pressão está completamente cicatrizada.

**8) Doentes admitidos com úlceras de pressão documentadas com estando em cicatrização**

Às úlceras de pressão descritas como estando em cicatrização devem ser atribuídos os códigos de estágio de úlceras de pressão baseados nos registos clínicos. Se os registos clínicos não fornecem informação acerca do estágio de cicatrização das úlceras de pressão, atribua o código 707.20, Úlcera de pressão, estágio não especificado.

Se os registos clínicos não são claros acerca do doente ter uma úlcera de pressão actual (nova) ou se o doente está a ser tratado para uma úlcera de pressão em cicatrização, o clínico deve ser consultado.

**9) Doente admitido com úlcera de pressão que evolui para outro estágio durante o episódio**

Se um doente foi admitido com uma úlcera de pressão num estágio e progride para um estágio superior, atribua o código correspondente ao estágio mais elevado descrito para essa localização.

**13. Capítulo 13: Doenças dos Tecidos Músculo-esquelético e Conjuntivo (710-739)**

**a. Codificação de Fracturas Patológicas**

**1) Fracturas agudas vs. Cuidados de Seguimento**

As fracturas patológicas são codificadas pelos códigos da subcategoria 733.1, quando a fractura é diagnosticada de novo. Esta subcategoria pode ser utilizada enquanto o doente está a ser tratado activamente da fractura. Exemplos de tratamento activo são: tratamento cirúrgico, episódio de urgência, avaliação e tratamento por um novo médico.

As fracturas são codificadas através da utilização de códigos de continuação de cuidados (subcategorias V54.0, V54.2, V54.8 ou V54.9) nos episódios após o doente ter completado o tratamento activo da fractura e recebe apenas cuidados de rotina durante a fase de cicatrização ou recuperação. Exemplos de continuação de cuidados de fracturas são: mudança ou remoção de gesso, remoção de aparelho de fixação interna ou externa, ajuste terapêutico e visitas de follow-up após tratamento da fractura.

Os cuidados para complicações do tratamento cirúrgico de fracturas durante a fase de cicatrização ou recuperação devem ser codificados com os códigos adequados de complicações.

Cuidados relativos a complicação de fracturas, como má união ou pseudoartrose, devem ser codificados com os códigos apropriados.

*Ver secção I.C.17.b para informação sobre a codificação de fracturas traumáticas.*

**14. Capítulo 14: Anomalias Congénitas (740-759)**

**a. Códigos das categorias 740-758, Anomalias Congénitas**

Atribua um código adequado da categoria 740-759, Anomalias Congénitas, quando houver uma anomalia documentada. Uma anomalia congénita pode ser o diagnóstico principal ou adicional dum episódio.

Quando uma anomalia congénita não tem atribuído um código único, atribua códigos adicionais para quaisquer manifestações que possam estar presentes.

Quando o código designado identifica especificamente a anomalia congénita, as manifestações que são um componente inerente da anomalia não devem ser codificadas separadamente. Códigos adicionais devem ser designados apenas para manifestações que não são componentes inerentes.

Os códigos do capítulo 14 podem ser utilizados ao longo da vida do doente. Se uma anomalia congénita foi corrigida, deve ser utilizado um código de história pessoal para identificar a história da anomalia. Apesar de presente na altura do nascimento, uma anomalia congénita pode não ser identificada até tarde na vida adulta. Sempre que a anomalia for identificada pelo médico assistente é apropriada a atribuição de um código deste capítulo (740-759).

Na admissão de nascimento, deve ser atribuído como diagnóstico principal o código adequado da categoria V30, Recém-nascido vivo, de acordo com o tipo de nascimento, seguido por qualquer dos códigos de anomalias congénitas conforme necessário, 740-759.

## **15. Capítulo 15: Guidelines de Recém-nascidos (Perinatais) (760-779)**

Para efeitos de codificação o período perinatal é definido como desde antes do parto até ao 28 dia após o parto. São fornecidas as seguintes guidelines para efeitos de codificação. Os hospitais podem referir outros diagnósticos conforme necessário para utilização interna de informação.

### **a. Regras Gerais Perinatais**

#### **1) Códigos do Capítulo 15**

Nunca devem ser utilizados nos registos maternos. Os códigos do capítulo 11, o capítulo obstétrico, nunca são permitidos no registo do recém-nascido. Os códigos do capítulo 15 podem ser utilizados ao longo da vida do doente desde que a situação se mantenha presente.

#### **2) Sequenciamento dos códigos perinatais**

Como regra geral, os códigos do capítulo 15 devem ser sequenciados como diagnósticos principais nos registos do recém-nascido, com a exceção do código V30 apropriado para o episódio de nascimento, seguido dos códigos de outros capítulos que forneçam detalhe adicional. A nota “utilize código adicional” no início do capítulo suporta esta guideline. Se o Índice não fornece um código específico para uma condição perinatal, atribua o código 779.89, Outra condição especificada com origem no período perinatal, seguido do código de outro capítulo que especifique a condição. Podem ser atribuídos códigos de sinais e sintomas quando diagnósticos definitivos não foram estabelecidos.

#### **3) Condição do processo de nascimento ou adquirida na comunidade**

Se o recém-nascido tem uma condição que tanto pode ser devida ao processo de nascimento como adquirida na comunidade e os registos

não indicam qual das duas é a responsável, por defeito atribui-se a condição ao processo de nascimento devendo ser utilizado um código do capítulo 15. Se a condição é adquirida na comunidade não deve ser atribuído um código do capítulo 15.

**4) Codifique todas as condições clinicamente relevantes**

Todas as situações clinicamente relevantes observadas no exame de rotina do recém-nascido devem ser codificadas. Uma condição é clinicamente relevante se necessita de:

- avaliação clínica; ou
- tratamento terapêutico; ou
- procedimentos de diagnóstico; ou
- aumento do tempo de estadia no hospital; ou
- aumento dos cuidados de enfermagem e/ou monitorização; ou
- tem implicações no aumento dos cuidados de saúde futuros

**Nota:** As guidelines perinatais enumeradas acima são similares às regras gerais de codificação para “diagnósticos adicionais”, excepto para o último ponto que se refere às implicações para futuros cuidados de saúde. Os códigos devem ser atribuídos a situações devidamente especificadas pelo clínico como tendo implicações nas futuras necessidades de cuidados de saúde. Os códigos do capítulo perinatal não devem ser atribuídos a menos que o clínico tenha estabelecido um diagnóstico definitivo.

**b. Uso dos códigos V30-V39**

Aquando da codificação do nascimento de uma criança, atribua um código das categorias V30-V39, de acordo com o tipo de parto. Um código desta série é atribuído como diagnóstico principal e atribuído apenas uma vez a um recém-nascido na altura do nascimento.

**c. Transferência de recém-nascidos**

Se o recém-nascido for transferido para outra instituição de saúde, a série V30 não deve ser utilizada no hospital de destino.

**d. Utilização da categoria V29**

**1) Atribuição de códigos da categoria V29**

Atribua um código da categoria V29, Observação e avaliação de recém-nascidos e outros lactentes para condições suspeitas não encontradas, para identificar aquelas situações em que um recém-nascido saudável é avaliado por causa de uma situação suspeita não confirmada após o estudo. Não utilize códigos da categoria V29 quando o doente tem sinais ou sintomas de um problema suspeito; nestes casos codifique os sinais ou sintomas.

**2) Código V29 num registo de nascimento**

O código V20 deve ser utilizado como diagnóstico adicional, após o código V30, Produto do parto.

#### **e. Utilização de outros códigos V em registos perinatais**

Os códigos V para além dos V30 e V29 podem ser utilizados num registo de codificação perinatal ou de recém-nascido. Os códigos podem ser utilizados como diagnósticos principais para tipos específicos de episódios ou para readmissões quando o código V30 já não se aplica.

*Ver secção I.C.18 para informação relativa à atribuição de códigos V.*

#### **f. Causas Maternas de Morbilidade Perinatal**

Os códigos das categorias 760-763, Causas maternas de morbilidade e mortalidade perinatal, são atribuídos apenas quando a condição materna afectou efectivamente o feto ou recém-nascido. O facto de a mãe ter uma condição médica associada ou apresentar alguma complicação da gravidez ou parto não justifica a atribuição por rotina de códigos destas categorias ao registo do recém-nascido.

#### **g. Anomalias Congénitas nos Recém-nascidos**

Para a admissão de nascimento, deve ser utilizado o código apropriado da categoria V30, Criança nascida viva de acordo com o tipo de nascimento, seguido pelos códigos adequados de anomalias congénitas existentes, das categorias 740-759. Use códigos adicionais de outros capítulos para especificar condições associadas com a anomalia, se aplicável.

*Ver também Secção I.C.14 para informação sobre a codificação de anomalias congénitas.*

#### **h. Codificação de Diagnósticos Adicionais Perinatais**

##### **1) Atribuição de códigos para situações que necessitam tratamento**

Atribua códigos a situações que necessitem tratamento ou investigações subsequentes, prolonguem o tempo de internamento ou necessitem utilização de recursos.

##### **2) Códigos para situações especificadas como tendo implicações futuras de cuidados de saúde**

Atribua códigos às condições que foram especificadas pelo clínico como tendo implicações para cuidados de saúde futuros.

**Nota:** Esta guideline não deve ser utilizada para doentes adultos.

##### **3) Códigos para condições do recém-nascido que tem origem no período perinatal**

Atribua um código para as condições do recém-nascido que tem origem no período perinatal (categorias 760-779), bem como de complicações que surjam durante o episódio de cuidados actual classificadas em outros capítulos, apenas se os diagnósticos foram documentados pelo clínico na altura da transferência ou da alta, como tendo afectado o feto ou recém-nascido.

#### **i. Prematuridade e Atraso de Crescimento Fetal**

Os clínicos utilizam critérios diferentes na determinação da prematuridade. O código para prematuridade não deve ser atribuído a menos que esteja documentado. A atribuição do quinto dígito para os códigos da categoria 764 e

subcategorias 765.0 e 765.1 deve ser baseada nos registos de peso à nascença e idade gestacional estimada.

Os códigos da subcategoria 765.2, Semanas de gestação, devem ser atribuídos como códigos adicionais juntamente com a categoria 764 e códigos das subcategorias 765.0 e 765.1 para especificar as semanas de gestação como documentado pelo clínico nos registos.

#### **j. Sépsis do recém-nascido**

O código 771.81, Septicemia [sépsis] do recém-nascido, deve ser atribuído com um código adicional da categoria 041, Infecções bacterianas em condições classificadas em outro local e de local não especificado, para identificar o microrganismo. Não deve ser utilizado um código da categoria 038, Septicemia, nos registos de recém-nascido. Não atribua o código 995.91, Sépsis, uma vez que o código 771.81 descreve a sépsis. Se aplicável, use códigos adicionais para identificar a sépsis grave (995.92) e qualquer disfunção aguda de órgãos aplicável.

### **16. Capítulo 16: Sinais, Sintomas e Condições mal definidas (780-799)**

Reservado para expansão futura.

### **17. Capítulo 17: Traumatismos e Envenenamento (800-999)**

#### **a. Codificação de traumatismos**

Aquando da codificação de traumatismos, devem atribuir-se códigos separados para cada lesão a menos que exista um código de combinação, situação em este deve ser utilizado. A CID-9-MC fornece códigos para lesões múltiplas, mas estes não devem ser utilizados excepto se não houver informação para um código mais específico. Estes códigos de **lesões traumáticas** não devem ser utilizados em casos de feridas cirúrgicas normais e em cicatrização ou para identificar complicações de feridas cirúrgicas.

O código para a lesão mais grave, como indicada pelo clínico e sendo o foco do tratamento deve ser codificada primeiro.

#### **1) Lesões superficiais**

As lesões superficiais como abrasões ou contusões não são codificadas quando associadas com lesões mais graves do mesmo local.

#### **2) Lesão primária com atingimento de nervos / vasos sanguíneos**

Quando uma lesão primária resulta numa lesão menor de nervos periféricos ou vasos sanguíneos, a lesão primária deve ser codificada primeiro, e com os códigos adicionais das categorias 950-957, Lesões de nervos e medula espinal, e/ou 900-904, Lesão de vasos sanguíneos. Quando a lesão primária é dos vasos sanguíneos ou nervos, esta deve ser codificada primeiro.

#### **b. Codificação de Fracturas Traumáticas**



Os princípios da codificação de múltiplas lesões devem ser seguido na codificação de fracturas. As fracturas de sítios específicos são codificadas individualmente de acordo com a localização de acordo com os códigos fornecidos nas categorias 800-829 e o nível de detalhe fornecido pelo conteúdo dos registos clínicos.

As categorias de combinação para fracturas múltiplas são fornecidas para utilização quando houver detalhe insuficiente nos registos clínicos (como casos de trauma transferidos para outro hospital), quando as folhas de registo de códigos limitam o numero de códigos que podem ser utilizados para reportar dados clínicos relevantes, ou quando existe especificidade insuficiente no nível do quarto ou quinto dígito. Guidelines mais específicas são as seguintes:

### **1) Fracturas agudas vs. Continuação de Cuidados**

Fracturas traumáticas são codificadas utilizando os códigos de fracturas agudas (800-829) enquanto o doente recebe tratamento activo para a fractura. Exemplos de tratamento activo são: tratamento cirúrgico, episódio de urgência e avaliação e tratamento por outro médico.

As fracturas são codificadas utilizando os códigos de continuação de cuidados (subcategorias V54.0, V54.1, V54.8 ou V54.9) em episódios após o doente ter completado o tratamento activo da fractura e está a receber cuidados de rotina para a fractura durante a fase de cura ou recuperação. Exemplos de continuação de cuidados de fracturas são: mudança ou remoção de gesso, remoção de aparelhos de fixação internos ou externos, ajuste de medicação e visitas de seguimento após o tratamento de fracturas.

Cuidados com complicações do tratamento cirúrgico de fracturas durante a fase de cura ou recuperação devem ser codificados com os códigos adequados de complicações.

Cuidados com complicações de fracturas, como não união ou pseudoartrose, devem ser codificados com os códigos adequados.

As fracturas patológicas não são codificadas com os códigos 800-829, mas são atribuídas à subcategoria 733.1. *ver secção I-C-13.a para informação adicional.*

### **2) Fracturas múltiplas do mesmo membro**

As fracturas múltiplas do mesmo membro classificáveis na mesma categoria de três ou quatro dígitos são codificadas na respectiva categoria.

### **3) Fracturas múltiplas uni ou bilaterais do mesmo membro**

Fracturas múltiplas uni ou bilaterais do mesmo osso mas classificadas em subdivisões de quarto dígito diferentes (parte do osso) mas na mesma categoria de três dígitos são codificadas individualmente de acordo com a localização.

**4) Fracturas múltiplas das categorias 819 e 828**

As categorias 819 e 828 de múltiplas fracturas classificam fracturas bilaterais de ambos os membros superiores (819) e de ambos os membros inferiores (828), mas sem qualquer detalhe ao nível do quarto dígito para além dos tipos de fracturas aberto ou fechado.

**5) Sequenciação de fracturas múltiplas**

As fracturas múltiplas são sequenciadas de acordo com a gravidade da fractura. O clínico deve ser inquirido de modo a listar os diagnósticos das fracturas de acordo com a gravidade.

**c. Codificação de Queimaduras**

As queimaduras (940-948) são classificadas pela profundidade, extensão e agente (código E). As queimaduras são classificadas de acordo com a profundidade em primeiro grau (eritema), segundo grau (flícena) e terceiro grau (envolvimento de toda a espessura).

**1) Sequenciação de códigos de queimaduras e condições relacionadas**

Codifique primeiro o código que reflecte o grau mais elevado de queimadura, quando estiverem presentes mais de uma queimadura.

- a. Quando o motivo para o episódio é o tratamento de queimaduras múltiplas externas, codifique primeiro o código que reflecte a queimadura de mais elevado grau.
- b. Quando um doente tem queimaduras internas e externas, as circunstâncias da admissão regem a selecção do diagnóstico principal.
- c. Quando o doente é admitido por lesões de queimaduras e outras condições relacionadas como inalação de fumo e/ou falência respiratória, as circunstâncias de admissão regem a selecção do diagnóstico principal.

**2) Queimaduras do mesmo local**

As queimaduras do mesmo local (nível de categoria de três dígitos, 940-947) mas de diferentes graus na subcategoria são identificadas de acordo com o grau mais elevado referido no diagnóstico.

**3) Queimaduras que não cicatrizam**

Queimaduras que não cicatrizam são codificadas como queimaduras agudas.

A necrose de pele queimada deve ser codificada como uma queimadura não cicatrizada.

**4) Código 958.3, Infecção de ferida pós-traumática**

Atribua o código 958.3, Infecção de ferida pós-traumática, não classificada em outro local, como um código adicional para cada localização de queimadura infectada.

**5) Atribua códigos separados para cada local de queimadura**

Quando se codificam queimaduras, devem atribuir-se códigos separados para cada localização de queimaduras. A categoria 946, Queimaduras de múltiplos locais especificados, deve apenas ser utilizada se a localização das queimaduras não for documentada.

A categoria 949, Queimadura, não especificada, é extremamente vaga e raramente deve ser utilizada.

#### **6) Atribua códigos da categoria 948, Queimaduras**

As queimaduras devem ser classificadas de acordo com a extensão da superfície corporal atingida, quando a localização não está especificada ou quando existe necessidade de informação adicional. É aconselhável a utilização da categoria 948 como codificação adicional quando necessário para fornecer dados para avaliar a mortalidade das queimaduras, como a necessária em unidades de queimados. Também é aconselhável a utilização da categoria 948 como código adicional quando existe menção a uma queimadura de terceiro grau envolvendo mais de 20% da superfície corporal.

Ao atribuir um código da categoria 948:

Os códigos de quatro dígitos são utilizados para identificar a percentagem de superfície corporal envolvida pela queimadura (todos os graus).

Os quintos dígitos são atribuídos para identificar a percentagem de superfície corporal atingida pela queimadura de terceiro grau.

O quinto dígito zero (0) é atribuído quando menos de 10% ou quando nenhuma área está envolvida numa queimadura de terceiro grau.

A categoria 948 é baseada na clássica “regra dos nove” ao estimar a área corporal envolvida: cabeça e pescoço têm 9%, cada braço 9%, cada perna 18%, a face anterior do tronco 18%, a face posterior do tronco 18% e o períneo 1%. Os clínicos podem alterar estas percentagens quando necessário para incluir lactentes e crianças que tem cabeças proporcionalmente maiores do que os adultos e doentes com ancas, coxas ou abdómen desproporcionadas envolvidas em queimaduras.

#### **7) Episódios para tratamento de efeitos tardios de queimaduras**

Os episódios para tratamento de efeitos tardios de queimaduras (isto é, cicatrizes ou contracturas articulares) devem ser codificados pela condição residual (sequela) seguida pelo código adequado de efeito tardio (906.5-906.9). também pode ser utilizado um código E de efeito tardio, se desejável.

#### **8) Sequelas com código de efeito tardio e queimadura actual**

Quando apropriado, quer a sequela com o código de efeito tardio, quer o código de queimadura actual, podem coexistir no mesmo registo (quando

existem em simultâneo uma queimadura e uma sequela de uma queimadura antiga).

#### **d. Codificação de Desbridamento de Ferida, Infecção ou Queimadura**

O desbridamento excisional envolve a remoção cirúrgica ou exérese, em oposição ao desbridamento mecânico (escovar, esfregar ou lavar).

Para efeitos de codificação, ao desbridamento excisional deve atribuir-se o código 86.22.

O desbridamento não excisional deve ser codificado com o código 86.28.

#### **e. Efeitos adversos, Envenenamento e Efeitos Tóxicos**

As propriedades de algumas drogas, ou substâncias medicas ou biológicas, podem causar reacções tóxicas. A ocorrência de toxicidade farmacológica é classificada pela CID-9-MC do seguinte modo:

##### **1) Efeito adverso**

Quando o fármaco foi correctamente prescrito e adequadamente administrado, codifique a reacção e o código adequado da serie E930-E949. Os códigos da serie E930-E949 devem ser usados para identificar a substância causadora do efeito adverso da droga ou substância medica ou biológica, correctamente prescrita e adequadamente administrada. O efeito, como taquicardia, delírio, hemorragia gastrointestinal, vomito, hipocalcemia, hepatite, falência renal ou falência respiratória é codificado e seguido pelo código adequado da serie E930-E949.

Os efeitos adversos de substâncias terapêuticas correctamente prescritas e adequadamente administradas (toxicidade, reacção sinérgica, efeito lateral e reacção idiossincrática) pode ser devida a (1) diferenças entre doentes, como idade, sexo, doença e factores genéticos, e (2) factores relacionados com os fármacos, como tipo do fármaco, via de administração, duração do tratamento, dosagem e biodisponibilidade.

##### **2) Envenenamento**

###### **(a) Erro feito na prescrição do fármaco**

Erros feitos na prescrição do fármaco ou na administração do mesmo pelo clínico, enfermeiro, doente ou outra pessoa, são codificados pelo código de envenenamento da serie 960-979.

###### **(b) Overdose de droga intencionalmente tomada**

Se o doente ingeriu intencionalmente uma overdose do fármaco que resultou em toxicidade, deve ser codificada como envenenamento (960-979).

###### **(c) Fármaco não prescrito ingerido juntamente com fármaco correctamente prescrito e administrado**

Se um fármaco ou outro agente medicinal foi ingerido juntamente com um fármaco correctamente prescrito e administrado, qualquer

toxicidade resultante da interacção dos dois fármacos deve ser classificada como envenenamento.

**(d) Interacção de fármacos e álcool**

**Quando a reacção resulta da interacção de um fármaco e do álcool, esta deve ser classificada como envenenamento.**

**(e) Sequenciamento do envenenamento**

Quando se codifica um envenenamento ou reacção ao uso inadequado de medicação (por exemplo, dose errada, substância errada, via de administração errada) o código de envenenamento deve ser codificado primeiro, seguido pelo código da manifestação. Se também houver um diagnóstico de abuso ou dependência de droga, o abuso ou dependência deve ser codificado como código adicional.

*Ver secção I.C.3.a.6.b. se o envenenamento é resultado do mau funcionamento da bomba de insulina e Secção I.C.19 para o uso geral de códigos E.*

**3) Efeitos Tóxicos**

**(a) Códigos de efeitos tóxicos**

Quando uma substância nociva é ingerida ou entra em contacto com uma pessoa, é classificada como efeito tóxico.

Os códigos de efeitos tóxicos estão nas categorias 980-989.

**(b) Sequenciamento dos códigos de efeitos tóxicos**

Um efeito tóxico deve ser codificado primeiro, seguido pelo código que identifica o resultado do efeito tóxico.

**(c) Códigos de causa externa para efeitos tóxicos**

Um código de causa externa das categorias E860-E869 é utilizado para exposição accidental, os códigos E950.6 ou E950.7 para lesão auto-infligida, categoria E962 para agressão, ou categorias E980-E982, para não determinado, também deve ser utilizado para indicar a intenção.

**f. Complicações de cuidados**

**1) Complicações de cuidados**

**(a) Documentação de complicações de cuidados**

Como com todas as complicações de procedimentos ou após os procedimentos, a atribuição de códigos deve ser baseada nos registos fornecidos pelo clínico relativos à relação entre o procedimento e a condição.

**2) Complicações de transplantes**

**(a) Complicações de transplantes excepto rim**

Os códigos da subcategoria 996.8, Complicações de órgão transplantado, são para utilizar para complicações e rejeição de órgão transplantado. Um código de complicação de transplante só deve ser utilizado se a complicação afecta o funcionamento do órgão transplantado. São necessários dois códigos para descrever completamente uma complicação de transplante, o código adequado da subcategoria 996.8 e um código adicional que identifica a complicação.

Condições pré-existentes ou condições que surjam após o transplante não são codificadas como complicações a menos que afectem a função dos órgãos transplantados.

*Ver secção I.C.18.d.3) para status de remoção de órgão transplantado.*

*Ver Secção I.C.2.i para neoplasia maligna associada com órgão transplantado.*

**(b) Doença renal crónica e complicações de rim transplantado**

Doentes que tenham um transplante renal podem ainda assim apresentar alguma forma de doença renal crónica (DRC) uma vez que o transplante renal pode não restaurar completamente a função renal. O código 996.81 deve ser utilizado para complicações documentadas de um transplante renal, como a falência ou rejeição do transplante ou outra complicação do transplante. O código 996.81 não deve ser atribuído em doentes com transplante renal que apresentam doença renal crónica (DRC) a menos que esteja presente uma complicação documentada do transplante como falência ou rejeição. Se os registos não forem claros relativamente ao facto de o doente apresentar uma complicação do transplante, o clínico deve ser questionado.

Em doentes com DRC após um transplante renal mas que não apresentam uma complicação como falência ou rejeição, *veja a secção I.C.10.a.2, Doença renal crónica e status de transplante renal.*

**3) Pneumonia associada ao ventilador**

**(a) Documentação de Pneumonia associada ao Ventilador (PAV)**

Tal como com todas as complicações de procedimentos ou pós-procedimentos, a atribuição de códigos é baseada na documentação do clínico relativa à relação entre a condição e o procedimento.

O código 997.31, Pneumonia associada ao ventilador, apenas deve ser atribuído quando o clínico documentou a situação. Deve ser atribuído um código adicional para identificar o organismo (por exemplo, *Pseudomonas aeruginosa*, código 041.7). não devem ser

utilizados códigos adicionais das categorias 480-484 para identificar o tipo de pneumonia.

O código 997.31 não deve ser atribuído em casos em que o doente tem pneumonia e está ligado a um ventilador mecânico mas o clínico não especificou que a pneumonia não está associada ao ventilador.

Se os registos clínicos não são claros acerca do facto de o doente apresentar uma pneumonia que é uma complicação atribuída ao ventilador mecânico, o clínico deve ser questionado.

**(b) Doente admitido com pneumonia e que desenvolve PAV**

Um doente pode ser admitido com um tipo de pneumonia (por exemplo, código 481, Pneumonia pneumocócica) e desenvolver subsequentemente PAV. Nestas circunstâncias, o diagnóstico principal deve ser o código adequado das categorias 480-484 para a pneumonia diagnosticada na altura da admissão. O código 997.31, Pneumonia associada ao ventilador, deve ser diagnóstico adicional quando o clínico também documentou a presença de pneumonia associada ao ventilador.

**g. SRIS devido a Processo não-infeccioso**

O síndrome de resposta inflamatória sistémica (SRIS) pode surgir como resultado de alguns processos de doença não-infecciosos, como trauma, neoplasia maligna ou pancreatite. Quando o SRIS está documentado com uma condição não-infecciosa, e não está documentada nenhuma infecção subsequente, deve ser atribuído o código para a condição subjacente, como trauma, seguido do código 995.93, Síndrome de resposta inflamatória sistémica devido a processo não infeccioso sem insuficiência aguda de órgãos, ou 995.94, Síndrome de resposta inflamatória sistémica devido a processo não infeccioso com insuficiência aguda de órgãos. Se estiver documentada uma disfunção aguda de órgãos, deve(m) ser atribuído(s) o(s) código(s) da(s) disfunção(s) aguda de órgão(s) associada em adição ao código 995.94. se estiver documentada uma disfunção aguda de órgão mas esta não pode ser associada ao SRIS ou a outra situação existente (por exemplo, directamente devida ao trauma), deve-se questionar o clínico.

Quando a condição não-infecciosa levou a uma infecção que resulta em SRIS, veja a secção I.C-1-b-12 relativa à guideline sobre sépsis e sépsis grave associada a processo não infeccioso.

**18. Capítulo 18: Classificação de factores com influência no Status de Saúde e Contacto com os Serviços de Saúde (Códigos Suplementares V01-V89)**

**Nota:** As guidelines específicas de capítulos fornecem informação adicional sobre a utilização de códigos V para episódios específicos.

**a. Introdução**

A CID-9-MC fornece códigos para episódios provocados por circunstâncias que não doença ou trauma. A Classificação Suplementar de Factores com

Influenza no Estado de Saúde e Contacto com Serviços de Saúde (C01.0-89.09) é fornecida para resolver episódios em que outras situações que não doença ou trauma (códigos 001-999) são mencionadas como diagnóstico ou problema.

Há quatro circunstâncias principais para utilizar os códigos V:

- 1) Uma pessoa que não está actualmente doente utiliza o serviço de saúde por uma razão específica, como por exemplo para doar um órgão, para receber cuidados profiláticos como inoculações ou rastreios de saúde, ou para receber aconselhamento em assuntos relacionados com a saúde.
- 2) Uma pessoa com uma doença ou trauma em resolução, ou uma condição crónica que necessita de cuidados contínuos, procura o sistema de saúde para cuidados específicos relacionados com essa condição ou trauma (por exemplo, diálise para doença renal; quimioterapia para neoplasias; mudança de gesso). Deve ser utilizado um código de diagnóstico/sintoma sempre que uma situação aguda, em evolução está a ser tratada ou um sintoma ou sinal está em estudo.
- 3) Circunstâncias ou problemas com influência no estado de saúde de uma pessoa mas que não são em si mesmas uma doença ou trauma actuais.
- 4) Recém-nascidos, para indicar o estado de nascimento.

**b. Códigos V em utilização em qualquer circunstância de cuidados de saúde**

Os códigos V são para utilizar em qualquer circunstância de cuidados de saúde. Os códigos V podem ser usados como código principal (diagnóstico principal num contexto de internamento) ou código adicional, dependendo das circunstâncias do episódio.

Alguns códigos V apenas podem ser utilizados como diagnósticos principais, outros apenas como diagnósticos adicionais.

*Ver Secção I.C.18.e, Códigos V Que Apenas Podem Ser Diagnósticos Principais.*

**c. Códigos V indicativos do motivo do episódio**

Os códigos V não são códigos de procedimento. Um código de procedimento correspondente deve acompanhar um código V para descrever o procedimento realizado.

**d. Categorias de Códigos V**

**1) Contacto/Exposição**

A categoria V01 indica o contacto ou a exposição a doenças contagiosas. Estes códigos são para doentes que não apresentam qualquer sinal ou sintoma da doença mas foi exposto a ela por contacto pessoal com um indivíduo infectado ou está numa área em que a doença é epidémica. Estes códigos são para ser usados como diagnósticos principais para



explicar um episódio para exames, ou, mais frequentemente, como um código adicional para identificar um risco potencial.

## 2) **Inoculações e vacinações**

As categorias V03-V06 são para episódios de inoculações e vacinações. Indicam que um doente está a ser observado para receber uma inoculação profiláctica contra uma doença. A injeção propriamente dita deve ser representada pelo código adequado de procedimento. Um código V03-V06 pode ser utilizado como um código adicional se a inoculação é dada como rotina num episódio preventivo, como nas observações de bebés saudáveis.

## 3) **Status**

Os códigos de status indicam que um doente é um portador da doença ou tem uma sequela de uma doença ou condição passada. O conceito inclui situações como a presença de próteses ou aparelhos mecânicos resultantes de tratamentos passados. Um código de status é informativo, uma vez que o status pode afectar a evolução do tratamento e o resultado final. Um código de status é diferente dum código de história. O código de história indica que o doente já não tem a condição.

Um código de status não deve ser utilizado com um código de diagnóstico de um capítulo de sistema ou aparelho, desde que o código de diagnóstico inclua a informação fornecida pelo código de status. Por exemplo, o código V42.1, Status de Transplante cardíaco, não deve ser utilizado com o código 996.83, Complicações de coração transplantado. O código de status não fornece informação adicional. O código de complicação indica que o doente tem um coração transplantado.

As categorias/códigos V de status são:

V02	Portador ou portador suspeito de doença infecciosa O status de portador indica que a pessoa hospeda o organismo específico da doença sem manifestar sintomas e é capaz de transmitir a infecção.
V07.5X	Uso profiláctico de agentes que afectam os receptores e os níveis de estrogénios Este código indica quando um doente está a receber um fármaco que afecta os receptores e os níveis de estrogénios para prevenção de cancro.
V08	Status de infecção assintomática pelo VIH Este código indica que o doente tem testes positivos para o VIH mas não manifestou sinais ou sintomas da doença.
V09	Infecção com microrganismos resistentes aos fármacos Esta categoria indica que o doente tem uma infecção que é resistente ao tratamento farmacológico. O código de infecção tem precedência sobre este.
V21	Estados constitucionais em desenvolvimento
V22.2	Estado de gravidez, incidental Este código é um código adicional para utilizar apenas quando a gravidez não complica de modo algum o motivo

do episódio. De outro modo, deve ser utilizado um código do capítulo obstétrico.

V26.5X

Status de esterilização

V42

Órgão ou tecido substituído por transplante

V43

Órgão ou tecido substituído por outro meio

V44

Status de abertura artificial

V45

Outros estados pós-cirúrgicos

Atribua o código V45.87, Status de remoção de órgão transplantado, para indicar que um órgão transplantado foi previamente removido. Este código não deve ser atribuído no episódio em que o transplante é removido. A complicação que levou à remoção do órgão transplantado deve ser atribuída nesse episódio.

*Ver secção I.C.17.f.2. para informação sobre a codificação de complicações de órgãos transplantados.*

Atribua o código V45.88, Status pós-administração de tPA (rtPA) numa unidade hospitalar diferente nas 24 horas anteriores à admissão na unidade actual, como um diagnóstico adicional quando o doente é recebido por transferência entre unidades e a documentação indica a administração do activador de plasminogénio tecidular (tPA) dentro das 24 horas anteriores à admissão na instituição actual.

Esta guideline aplica-se mesmo que o doente está a receber tPA na altura em que é recebido na unidade actual.

Deve ser utilizado o código adequado para a condição que motivou a administração de tPA (como doença cerebrovascular ou enfarte do miocárdio), em primeiro lugar.

O código V45.88 só é aplicável aos registos da instituição que recebe o doente e não à instituição que transfere.

V46

Outra dependência de máquinas

V49.6

Status de amputação de membro superior

V49.7

Status de amputação de membro inferior

**Nota:** As categorias V42-V46 e as subcategorias V49.6, V49.7 são para utilizar apenas se não houver complicações ou mau funcionamento do órgão ou tecido substituído, do local de amputação ou do equipamento de que o doente está dependente.

V49.81

Status pós-menopausa

V49.82

Status de selante dentário

V49.83

Status de aguardar por transplante de órgão

V58.6X

Uso continuado (corrente) de fármaco

Os códigos desta subcategoria indicam que o doente usa continuamente um medicamento prescrito (incluindo

tais como a terapêutica com aspirina) para o tratamento a longo prazo de uma condição ou utilização profiláctica. Não é para ser utilizado em doentes que apresentam dependências a fármacos. Esta subcategoria não é para utilizar com medicamentos utilizados para desintoxicação ou programas de manutenção para evitar sintomas de privação em doentes com dependência de drogas (por exemplo, metadona para a dependência de opiáceos). Nestas situações deve atribuir-se o código adequado da dependência de drogas.

Atribua um código da subcategoria V58.6, Uso continuado (corrente) de fármaco, se o doente está a receber uma medicação por um longo período de tempo como medida profiláctica (como para a prevenção de trombose venosa profunda) ou para tratamento de uma condição crónica (como artrite) ou uma doença que necessita de um longo tratamento (como o cancro). Não atribua um código da subcategoria V58.6 para medicação administrada por um curto período de tempo para tratar uma situação ou lesão aguda (como antibióticos para tratar uma bronquite aguda).

#### V83 Status de portador genético

O status de portador genético indica que uma pessoa é portadora de um gene, associado a uma doença particular, que pode ser transmitida à descendência e que pode desenvolver essa doença. A pessoa não tem a doença e não está em risco de a desenvolver.

#### V84 Status de susceptibilidade genética

A susceptibilidade genética indica que a pessoa tem um gene que aumenta o risco dessa pessoa desenvolver a doença.

Os códigos da categoria V84, Susceptibilidade genética à doença, não devem ser usados como diagnósticos principais. Se o doente tem a condição para a qual é susceptível e essa condição é o motivo para o episódio, o código para a doença actual deve ser codificado primeiro. Se o doente está em follow-up após ter completado o tratamento para a doença e esta já não existe, deve ser codificado primeiro um código de follow-up, seguido pelos códigos apropriados de história pessoal e de susceptibilidade genética. Se o propósito do episódio é o aconselhamento genético associado a eventual gravidez, deve ser utilizado um código da subcategoria V26.3, Teste e aconselhamento genético, como diagnostico principal, seguido por um código da categoria V84. Devem ser utilizados os códigos adicionais referentes à história familiar ou pessoal se aplicáveis.

*Ver Secção I.C.18.d.14 para informação sobre a remoção profiláctica de órgão devida a susceptibilidade genética.*

V85	<u>Índice de Massa Corporal (IMC)</u>
V86	Status de receptor de estrogénios
V88	Ausência adquirida de outros órgãos ou tecidos

#### 4) **História (de)**

Existem dois tipos de códigos V: para história pessoal e familiar. Códigos de história pessoal do paciente referem-se a condições passadas (já não existentes na actualidade) e que não necessitam de qualquer tratamento na actualidade, mas que tem potencial de recorrência necessitando por esse facto de acompanhamento permanente. As excepções a esta regra geral encontram-se na categoria V14, História Pessoal

de alergia a fármacos e na subcategoria V15.0, Alergias, que não a agentes medicinais. Uma pessoa que teve um episódio alérgico a uma substância ou alimento no passado deve ser sempre considerada alérgica a essa substancia.

Códigos de história familiar são para utilizar quando o paciente tem na família um elemento(s) que tenha tido uma determinada doença que aumenta o risco do paciente de também contrair essa doença.

Os códigos de história pessoal podem ser usados em conjunto com códigos de follow-up e os códigos de história familiar podem ser utilizados juntamente com os códigos de rastreio para explicar a necessidade de um exame ou procedimento. Os códigos de história são aceitáveis em qualquer registo médico, independentemente do motivo do episódio. A história de uma doença, mesmo quando já não está presente, pode ser uma importante informação que pode alterar o tipo de tratamento indicado.

As categorias de códigos V de história são:

- V10 História pessoal de neoplasia maligna
- V12 História pessoal de certas outras doenças
- V13 História pessoal de outras doenças  
Excepto: V13.4, História pessoal de artrite, e V13.6, História pessoal de malformações congénitas. Estas doenças acompanham o doente ao longo de toda a vida, pelo que não são verdadeiros códigos de história.
- V14 História pessoal de alergia a fármacos de natureza médica
- V15 Outra historia pessoal que apresente riscos para a saúde  
Excepto: V15.7, História pessoal de contracepção
- V16 História familiar de neoplasia maligna
- V17 História familiar de algumas doenças crónicas incapacitantes
- V18 História familiar de outras doenças específicas
- V19 História familiar de outras condições
- V87 Outras exposições e histórias pessoais especificadas que representam riscos para a saúde

#### 5) **Rastreio**

Rastreio é o teste de precursores de uma doença ou doenças em indivíduos aparentemente normais para se poder proceder a uma detecção e tratamento precoce da doença nos elementos com resultados positivos. Os rastreios que são recomendados para muitos subgrupos numa população incluem: mamografias de rotina para mulheres com mais de 40 anos, pesquisa de sangue oculto nas fezes para todos com mais de 50 anos, amniocentese para despistar anomalia fetal em mulheres grávidas com mais de 35 anos, uma vez que a incidência de cancro da mama e do cólon é superior nestes subgrupos do que na população em geral, tal como a incidência de síndrome de Down em mães idosas.

O rastreio de uma pessoa para excluir ou confirmar um diagnóstico suspeito porque o doente apresenta um sinal ou sintoma é um exame de diagnóstico, não um rastreio. Nestes casos, o sinal ou sintoma é usado para explicar o motivo do teste.

Um código de rastreio pode ser um diagnóstico principal se a razão para o episódio é especificamente a realização do teste. Pode também ser usado como um diagnóstico adicional se o rastreio é realizado durante um episódio motivado por outros problemas de saúde. O código de rastreio não é necessário se o rastreio é inerente ao exame de rotina, como um esfregaço de Papanicolau realizado durante um exame ginecológico de rotina.

Se for detectada uma doença durante o rastreio, então o código da doença pode ser atribuído como um diagnóstico adicional.

O código V indica que um exame de rastreio está planeado. É necessário um código de procedimento para confirmar que o rastreio foi realizado.

As categorias de códigos V de rastreio são:

V28	Rastreio pré-natal
V73-V82	Exames especiais de rastreio

## 6) Observação

Existem três categorias de códigos V de observação. São para utilização em circunstâncias muito particulares quando um indivíduo está em observação por outro motivo que é descartado. Os códigos de observação não são para utilizar se estiver presente uma doença ou lesão ou qualquer sinal ou sintoma relacionados com a situação estiverem presentes. Nestes casos o código de diagnóstico/sintoma é utilizado com o código E correspondente para identificar a causa externa.

Os códigos de observação devem ser usados apenas como diagnósticos principais. A única exceção existe quando o diagnóstico principal pertence à categoria V30, Recém-nascido. Nesta situação, o código de observação V29 é sequenciado após o código V30. Podem ser utilizados códigos adicionais para além do código de observação mas apenas se não estiverem relacionados com a condição sob suspeita que está a ser investigada.

O código da subcategoria V89.0, Suspeita de condição materna e fetal não encontrada, pode ser usado como diagnóstico principal ou adicional em função da situação. São de utilização em situações especiais, num episódio materno quando o episódio é originado por uma suspeita de doença materna ou fetal que é excluída durante o episódio (por exemplo, uma condição materna ou fetal pode ser suspeitada devido a um resultado de um teste anormal). Estes códigos não devem ser usados quando a doença é confirmada. Nessas situações, a doença confirmada deve ser codificada. Estes códigos não devem ser utilizados sempre que estiver presente um sinal ou sintoma relacionado com a doença de que se suspeita. Nestas situações deve ser usado o código do diagnóstico/sintoma.

Os códigos adicionais podem ser utilizados em simultâneo com os códigos da subcategoria V89.0, mas apenas se não estiverem relacionados com a situação suspeita em investigação.

Os códigos da subcategoria V89.0 não podem ser usados em episódios maternos de rastreio pré-natal. *Ver secção I.C.18.d., Rastreio.*

Para episódios devidos a suspeitas de condições fetais que resultam inconclusivos após os testes e avaliações, atribua os códigos apropriados das categorias 655, 656, 657 ou 658.

As categorias de códigos V de observação são:

V29 Observação e avaliação de recém-nascidos por condição suspeita, não encontrada

Para o episódio de nascimento, deve ser atribuído um código da categoria V30, antes do código V29.

V71 Observação e avaliação por condição suspeita não encontrada

V89 Condição materna e fetal suspeitada mas não encontrada

## 7) **Continuação de Cuidados (After-care)**

Episódios de continuação de cuidados incluem situações em que o tratamento inicial da doença ou trauma foi realizado doente e este necessita de continuação de cuidados durante a fase de recuperação ou de cura. Os códigos V de continuação de cuidados não devem ser utilizados se o tratamento está dirigido a uma doença ou trauma corrente. O código de diagnóstico deve ser usado nestes casos. As excepções a este caso são os códigos V58.0, Radioterapia, e códigos da subcategoria V58.1, Episódio para quimioterapia e imunoterapia para condições neoplásicas. Estes códigos devem ser diagnóstico principal, seguidos pelo código de diagnóstico quando o episódio é exclusivamente para receber radioterapia ou quimioterapia para o tratamento de uma neoplasia. Se o doente receber em simultâneo, no mesmo episódio, quimioterapia e radioterapia, devem ser usados em simultâneo os códigos V58.0 e V58.1, podendo qualquer deles ser diagnóstico principal.

Os códigos de continuação de cuidados são codificados em geral como diagnósticos principais para explicar a razão específica do encontro. Um código de continuação de cuidados pode ser usado como diagnóstico adicional quando algum tipo de cuidado é fornecido para além do motivo de admissão e não se aplica um código de diagnóstico. Um exemplo consiste no encerramento de uma colostomia durante um episódio para tratamento de outra condição.

Os códigos de continuação de cuidados devem ser usados em simultâneo com outros códigos de continuação de cuidados ou outros códigos de diagnóstico para fornecer um melhor detalhe específico do episódio de continuação de cuidados, a menos que a classificação oriente de outro modo. O sequenciamento de múltiplos códigos de continuação de cuidados é discricionário.

Certas categorias de códigos V de continuação de cuidados necessitam de código de diagnóstico adicional para descrever a condição ou sequela em resolução, para outros a condição é inerente ao título do código.

A categoria de códigos V de continuação de cuidados inclui termos como ajustamento e adaptação e atenção a aberturas artificiais.

Os códigos V de status podem ser usados com códigos V de continuação de cuidados, para indicar a natureza da continuação de cuidados. Por exemplo, o código V45.81, Status de bypass aortoronario, pode ser usado com o código V58.73, Continuação de cuidados após cirurgia do aparelho circulatório, NEC, para indicar a cirurgia para a qual o episódio está a ser realizado. Também um código de status de transplante pode ser utilizado a seguir ao código V58.44, Continuação de cuidados após transplante de órgão, para identificar o órgão transplantado. Não deve ser utilizado um código de status quando o código de continuação de cuidados indica o tipo de status, tal como o V55.0, Atenção com traqueostomia, com V44.0, Status de Traqueostomia.

*Ver secção I.B.16 Admissões/Episódios para Reabilitação*

As categorias/códigos de continuação de cuidados são:

V51.0	Encontro para reconstrução da mama após mastectomia
V52	Colocação e montagem de prótese e implante
V53	Colocação e montagem de outro dispositivo
V54	Outra continuação de cuidados ortopédicos
V55	Atenção com aberturas artificiais
V56	Episódio para diálise e cuidados com cateter de diálise
V57	Cuidados envolvendo o uso de procedimentos de reabilitação
V58.0	Radioterapia
V58.11	Episódio para quimioterapia anti-neoplásica
V58.12	Episódio para imunoterapia anti-neoplásica
V58.3X	Atenção a pensos e suturas

V58.41	Episódio para encerramento planejado de ferida pós-operatória
V58.42	Continuação de cuidados, cirurgia, neoplasia
V58.43	Continuação de cuidados, cirurgia, trauma
V58.44	Continuação de cuidados envolvendo transplante de órgão
V58.49	Outra continuação de cuidados especificada após cirurgia
V58.7X	Continuação de cuidados após cirurgia
V58.81	Colocação e montagem de cateter vascular
V58.82	Colocação e montagem de cateter não vascular
V58.83	Monitorização de fármaco terapêutico
V58.89	Outra continuação de cuidados especificados

## 8) **Follow-up**

Os códigos de follow-up são utilizados para explicar a continuação de vigilância após completado o tratamento da doença, condição ou trauma. Implicam que a condição foi completamente tratada e já não existe. Não devem ser confundidos com códigos de continuação de cuidados que explicam o tratamento corrente por uma condição em resolução ou das suas sequelas. Os códigos de follow-up podem ser utilizados em conjunto com códigos de história para fornecer um quadro completo da condição curada e seu tratamento. O código de follow-up deve ser sequenciado primeiro, seguido do código de história.

Pode ser usado um código de follow-up para explicar episódios repetidos. Se for diagnosticada uma recorrência da condição no episódio de follow-up, então deve ser utilizado o código de diagnóstico em vez do código de follow-up.

As categorias de códigos V de follow-up são:

V24	Cuidados e avaliação pós-parto
V67	Exame de follow-up

## 9) **Dador**

A categoria V59 corresponde aos códigos de dador. São utilizados para indivíduos vivos que estão ao doar sangue ou outro tecido corporal. Estes códigos são apenas para indivíduos dadores para outros e não para os próprios. Não são para identificar dadores cadáveres.

## 10) **Aconselhamento**

Os códigos V de aconselhamento são usados quando um doente ou membro da família recebe assistência no rescaldo de uma doença ou trauma, ou quando é necessário suporte para enfrentar os problemas familiares ou sociais. Não é necessário utilizá-los em conjunto com um código de diagnóstico quando o componente de aconselhamento de cuidados é considerado como fazendo parte integrante do tratamento habitual.

As categorias/códigos V de aconselhamento são:

V25.0	Aconselhamento geral e conselhos para tratamento contraceptivo
-------	--



- V26.3 Aconselhamento genético
- V26.4 Aconselhamento geral e conselhos para tratamento procreativo
- V61.X Outras circunstâncias familiares
- V65.1 Indivíduo consultado em favor de outra pessoa
- V65.3 Vigilância e aconselhamento de dieta
- V65.4 Outro aconselhamento, não classificado de outro modo

# 11) Obstetrícia e condições relacionadas

*Ver Secção I.C.11., guidelines de Obstetrícia para mais instruções sobre o uso destes códigos.*

Os códigos V de gravidez são para utilizar em circunstâncias em que nenhum dos problemas ou complicações incluídas nos códigos do capítulo de Obstetrícia exista (um episódio de rotina pré-natal ou cuidado pós-parto). Os códigos V22.0, Vigilância de primeira gravidez normal, e V22.1, Vigilância de outra gravidez normal, são sempre diagnósticos principais não devendo ser usados com qualquer outro código do capítulo obstétrico.

O resultado da gravidez, categoria V27, deve ser incluído em todos os episódios maternos de parto. É sempre um diagnóstico adicional.

Os códigos V para planeamento familiar (contraceptivo) ou abordagem e aconselhamento procreativo devem ser incluídos no episódio obstétrico durante a gravidez ou pós-parto, se aplicável.

As categorias de códigos V obstétricos e de condições relacionadas são:

- V22 Gravidez normal
- V23 Vigilância de gravidez de alto risco  
Excepto: V23.2, Gravidez com história de abortamento. É necessário o código 646.3, Abortamento habitual, do capítulo obstétrico para indicar a história de abortamento durante a gravidez.
- V24 Cuidados e avaliação após o parto
- V25 Episódio para abordagem contraceptiva  
Excepto V25.0X  
(*Ver Secção I.C.18.d.11, Aconselhamento*)
- V26 Abordagem para procriação  
Excepto V26.5X, Status de esterilização, V26.3 e V26.4  
(*Ver Secção I.C.18.d.6., Aconselhamento*)
- V27 Resultado da gravidez
- V28 Vigilância ante-natal  
(*Ver Secção I.C.18.d.6., Vigilância*)

# 12) Recém-nascidos, lactentes e crianças

*Ver Secção I.C.15, as guidelines sobre Recém-nascido para mais instruções na utilização destes códigos.*

As categorias de códigos V de recém-nascido são:

- V20 Vigilância de saúde de lactente ou criança

- V29 Observação e avaliação de recém-nascidos por suspeita de condição não encontrada  
(*Ver Secção I.C.18.d.7, Observação*)
- V30-V39 Lactente nascido de acordo com o tipo de nascimento

### 13) Observações de rotina e administrativas

Os códigos V permitem a descrição de episódios para exames de rotina, como check-up, exames por motivos administrativos como exames físicos para empregos. Estes códigos não devem ser usados se a observação é para diagnóstico de uma doença suspeitada ou com propósitos de tratamento. Nestas situações deve ser utilizado o código de diagnóstico. Durante um exame de rotina, se for feito um diagnóstico duma condição não conhecida anteriormente, esta deve ser utilizada como diagnóstico adicional. Situações crónicas e pré-existentes e códigos de história também podem ser incluídos como códigos adicionais desde que o episódio seja por motivos administrativos e não focado em qualquer condição em particular.

Códigos V para observações pré-operatórias e exames laboratoriais antes de procedimentos são para utilização apenas em situações em que um doente é aprovado para um procedimento ou cirurgia e não é administrado qualquer tratamento.

Os códigos/categorias V para exames de rotina e administrativos são:

- V20.2 Vigilância de rotina da saúde de lactente ou criança  
Quaisquer injecções administradas devem ter um código de procedimento correspondente.
- V70 Exame médico geral
- V72 Exames e investigações especiais  
Os códigos V72.5 e V72.62 podem ser usados se o motivo para o episódio do doente é para a realização de testes de laboratório/radiológicos na ausência de sinais, sintomas ou diagnósticos associados. Se os testes de rotina são realizados durante o mesmo episódio como testes de avaliação para sinais, sintomas ou diagnósticos é apropriado atribuir o código V e o código que descreve o motivo para o teste não rotineiro.

### 14) Diversos códigos V

Os códigos V diversos capturam de outros episódios de cuidados de saúde que não se enquadram em nenhuma das outras categorias. Alguns destes códigos identificam o motivo para o episódio, outros são para utilização adicional permitindo informação útil sobre as circunstâncias que podem afectar os cuidados e tratamento de um doente.

#### Remoção profiláctica de órgão

Os episódios com o objectivo específico de remover profilacticamente as mamas, ou outro órgão devido a uma susceptibilidade genética ao cancro ou com uma história familiar de cancro, devem ter um código principal da subcategoria V50.4, Remoção profiláctica de órgão, seguido do

código adequado de susceptibilidade genética ou do código apropriado de história familiar.

Se o doente tem uma neoplasia num local e esta a ser sujeito a uma remoção profiláctica noutro local para evitar uma neoplasia primária ou doença metastática, deve ser atribuído um código adicional para a neoplasia, para além do código da subcategoria V50.4. não deve ser utilizado o código V50.4 se o doente está a remover o órgão para tratamento de uma neoplasia, como a orquidectomia no tratamento da neoplasia da próstata.

As categorias/códigos V diversos são:

V07	Necessidade de isolamento e outras medidas profilácticas Excepto V07.5, Uso profiláctico de agentes que afectam receptores e níveis de estrogénios
V50	Cirurgia electiva com outros objectivos que não corrigir estados de saúde
V58.5	Ortodontia
V60	Circunstancias de domicílio, agregado familiar e económicas
V62	Outras circunstâncias psicossociais
V63	Inexistência de outras unidades médicas para cuidados
V64	Pessoas que procuram serviços de saúde para procedimentos específicos não realizados
V66	Cuidados Paliativos e de Convalescença
V69	Problemas relacionados com estilo de vida

### 15) Códigos V não específicos

Alguns códigos V não são específicos, ou potencialmente redundantes com outros códigos da classificação, havendo pouca justificação para o seu uso num contexto de internamento. A sua utilização no contexto de ambulatório deve ser limitada às circunstâncias em que não existe mais informação para permitir uma codificação mais precisa. De outro modo, qualquer sinal ou sintoma ou qualquer outro motivo para o episódio codificável em outro código, deve ser utilizado.

As categorias/códigos V não específicos são:

V11	Historia pessoal de doença mental Deve ser usado um código do capítulo das doenças mentais, com um quinto dígito de remissão
V13.4	Historia pessoal de artrite
V13.6	Historia pessoal de mal formação congénita
V15.7	Historia pessoal de contracepção
V23.2	Gravidez com história de abortamento
V40	Problemas mentais e de comportamento
V41	Problemas com órgãos dos sentidos e outras funções especiais
V47	Outros problemas com órgãos internos
V48	Problemas com cabeça, pescoço e tronco
V49	Problemas com membros e outros problemas Excepções: V49.6 Status de amputação de membro superior

	V49.7	Status de amputação de membro inferior
	V49.81	Status pós-menopausa
	V49.82	Status de selante dentário
	V49.83	Status de transplante de órgão pendente
V51.8		Outra continuação de cuidados envolvendo o uso de cirurgia plástica
V58.2		Transfusão de sangue, sem diagnóstico descrito
V58.9		Continuação de cuidados não especificados
		<i>Ver Secção IV.K. e Secção IV.L das guidelines de ambulatório.</i>

#### e. Códigos V Que Apenas Podem Ser Códigos Principais

A lista de códigos/categorias V abaixo apenas pode ser usada como diagnóstico principal, excepto quando há múltiplos episódios no mesmo dia e os registos médicos para os episódios são combinados ou quando há mais de um código V que corresponde à definição de diagnóstico principal (por exemplo, um doente é admitido para continuação de cuidados de saúde e reabilitação e ambas correspondem à definição de diagnóstico principal). Estes códigos não devem ser utilizados se não se enquadrarem na definição de diagnóstico principal.

*Ver Secção II e Secção IV.A para informação na selecção do diagnóstico principal.*

*Ver Secção II.C para informação sobre quando dois ou mais diagnósticos se enquadram na definição de diagnóstico principal.*

V20.X	Vigilância de saúde de lactente ou criança
V22.0	Vigilância de primeira gravidez normal
V22.1	Vigilância de outra gravidez normal
V24.X	Cuidados e observação após parto
V26.81	Episodio para ciclo de procedimento de reprodução medicamente assistida
<b>V26.82</b>	<b>Episodio para procedimento de preservação de fertilidade</b>
V30.X	Criança única nascida viva
V31.X	Gémeos, ambos vivos
V32.X	Gémeos, um vivo
V33.X	Gémeos, não especificados
V34.X	Outros múltiplos, todos vivos
V35.X	Outros múltiplos, um vivo
V36.X	Outros múltiplos, nascidos vivos e mortos
V37.X	Outros múltiplos, não especificados
V39.X	Não especificado
V46.12	Episódio para dependência de respirador durante falha eléctrica
V46.13	Episódio para desmame de ventilador
V51.0	Episódio para reconstrução de mama após mastectomia
V56.0	Diálise extra-corporal
V57.X	Cuidados envolvendo o uso de procedimentos de reabilitação
V58.0	Radioterapia
V58.11	Episodio para quimioterapia anti-neoplásica
V58.12	Episodio para imunoterapia anti-neoplásica

- V59.X Dador
- V66.0 Cuidados paliativos e de convalescença após cirurgia
- V66.1 Cuidados paliativos e de convalescença após radioterapia
- V66.2 Cuidados paliativos e de convalescença após quimioterapia
- V66.3 Cuidados paliativos e de convalescença após psicoterapia e outros tratamentos para doenças mentais
- V66.4 Cuidados paliativos e de convalescença após tratamento de fracturas
- V66.5 Cuidados paliativos e de convalescença após outro tratamento
- V66.6 Cuidados paliativos e de convalescença após tratamentos combinados
- V66.9 Convalescença, não especificada
- V68.X Episódios com objectivos administrativos
- V70.0 Exame médico geral de rotina numa unidade de cuidados de saúde
- V70.1 Exame psiquiátrico geral, solicitado pelas autoridades
- V70.2 Exame psiquiátrico geral, outro e não especificado
- V70.3 Outros exames médicos com objectivos administrativos
- V70.4 Observação por motivos médico-legais
- V70.5 Observação de saúde de subpopulações definidas
- V70.6 Observação de saúde em rastreios de população
- V70.8 Outras observações médicas gerais especificadas
- V70.9 Observações médicas gerais não especificadas
- V71.X Observação e avaliação por condições suspeitadas mas não encontradas

## **19. Capítulo 19: Classificação Suplementar de Causas Externas de Lesão e Envenenamento (Códigos-E, E800-E999)**

## Secção II. Selecção do Diagnóstico Principal

As circunstâncias de admissão do doente regem sempre a selecção do diagnóstico principal. O diagnóstico principal é definido no “Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS)” como “a condição estabelecida, após estudo do doente, como sendo primariamente responsável por provocar a admissão do doente ao hospital para cuidados”.

Na determinação do diagnóstico principal, as convenções de codificação da CID-9-MC, Volumes I e II tem precedência sobre estas guidelines oficiais.  
(Ver Secção I.A., *Convenções para a CID-9-MC*).

A importância de documentação consistente e completa nos registos clínicos não pode ser mais enfatizada. Sem essa documentação a aplicação de todas as guidelines de codificação é uma tarefa difícil, se não impossível.

### A. Códigos para sintomas, sinais e condições mal definidas

Os códigos de sintomas, sinais e condições mal definidas do Capítulo 16 não devem ser utilizados como diagnóstico principal sempre que for estabelecido um diagnóstico definitivo.

### B. Duas ou mais condições inter-relacionadas, cada uma potencialmente respeitando as condições para diagnóstico principal

Quando existem duas ou mais condições relacionadas (como doenças do mesmo capítulo da CID-9-MC ou manifestações caracteristicamente associadas a uma determinada doença) potencialmente correspondendo à definição de diagnóstico principal, qualquer destas condições pode ser sequenciada em primeiro lugar, a menos que as circunstâncias de admissão, o tratamento fornecido, a Lista Tabular ou o Índice Alfabético indiquem o contrário.

### C. Dois ou mais diagnósticos que correspondem igualmente aos critérios para diagnóstico principal

Na circunstância pouco vulgar em que dois ou mais diagnósticos correspondem aos critérios de diagnóstico principal conforme verificado pelas circunstâncias de admissão, avaliação diagnóstica e/ou tratamento fornecido e desde que o Índice Alfabético, Lista tabular ou outras guidelines de codificação não forneçam orientações de sequenciação, qualquer dos diagnósticos pode ser sequenciado em primeiro lugar.

### D. Duas ou mais condições comparáveis ou opostas

Nas situações raras em que dois ou mais diagnósticos comparáveis ou contrários são documentados como “ambos/ou” (ou terminologia similar) são codificados como se os diagnósticos estivessem confirmados, sendo sequenciados de acordo com as circunstâncias de admissão. Se não houver uma mais acurada determinação sobre qual dos diagnósticos deve ser o principal, qualquer deles pode ser sequenciado primeiro.

### E. Um sintoma(s) seguido por diagnósticos comparáveis/opostos

Quando um sintoma é seguido por diagnósticos comparáveis/opostos, o código de sintoma deve ser sequenciado primeiro. Todos os diagnósticos comparáveis/opostos devem ser codificados como diagnósticos adicionais.

#### **F. Plano de tratamento original não realizado**

Sequencie como diagnóstico principal a condição que, após estudo, ocasionou a admissão ao hospital, mesmo que o tratamento não tenha sido orientado para essa condição, devido a circunstâncias não previstas.

#### **G. Complicações da cirurgia e de outros cuidados médicos**

Quando a admissão é para tratamento de uma complicação resultante de cirurgia ou outro tratamento médico, o código de complicação deve ser sequenciado como diagnóstico principal. Se a complicação é classificada como pertencendo à série de códigos 996-999 e o código não tem a especificidade necessária na descrição da complicação, pode ser utilizado um código adicional para a complicação específica.

#### **H. Diagnóstico incerto**

Se o diagnóstico documentado **na altura da alta** é qualificado como “provável”, “suspeito”, “questionável”, “possível”, “ainda para ser excluído”, ou outros termos similares indicadores de incerteza, codifique a condição como se existisse ou estivesse estabelecida. As bases para esta guideline compreendem a abordagem diagnóstica, pedidos para avaliação futura ou exames complementares e abordagem terapêutica inicial que corresponde mais de perto com o diagnóstico estabelecido.

**Nota:** Esta guideline é aplicável apenas a internamentos de curta duração, agudos, cuidados continuados e hospitais psiquiátricos.

#### **I. Admissão da Unidade de Observação**

##### **1. Admissão após Observação Médica**

Quando um doente é admitido numa unidade de observação por um motivo médico, que piora ou não melhora, e é subsequentemente internado no mesmo hospital por esta condição médica, o diagnóstico principal deverá ser a condição que levou à admissão hospitalar.

##### **2. Admissão após Observação Médica**

Quando um doente é admitido para observação com o objectivo de monitorizar uma condição (ou complicação) que surge após uma intervenção cirúrgica de ambatório e é depois admitido no internamento do mesmo hospital, os hospitais deverão aplicar a definição da UHDDS de diagnóstico principal de que “a condição estabelecida, após estudo do doente, como sendo primariamente responsável por provocar a admissão do doente ao hospital para cuidados”.

#### **J. Admissão após cirurgia de ambatório**

Quando um doente é submetido a cirurgia no Departamento de Cirurgia de Ambatório e é subsequentemente admitido para continuação de cuidados no mesmo hospital, devem ser seguidas as seguintes guidelines para a selecção do diagnóstico principal na admissão para internamento:

- Se o motivo para a admissão ao internamento é uma complicação, atribua a complicação como diagnostico principal.
- Se não houver complicação, ou outra condição, documentada como motivo para a admissão ao internamento, atribua como diagnostico principal o motivo que originou a intervenção cirúrgica de ambulatório.
- Se o motivo para a admissão ao internamento é outra condição não relacionada com a cirurgia, atribua a essa condição o diagnostico principal.



### Secção III. Selecção de Diagnósticos Adicionais

#### REGRAS GERAIS PARA OUTROS DIAGNOSTICOS (ADICIONAIS)

Para efeitos de descrição, a definição de “outros diagnósticos” é interpretada como condições adicionais que afectam os cuidados do doente em termos de necessitarem de:

Avaliação clínica; ou  
Tratamento terapêutico; ou  
Procedimentos de diagnóstico; ou  
Aumento do tempo de estadia no hospital; ou  
Aumento dos cuidados de enfermagem e/ou monitorização.

A UHDDS define Outros Diagnósticos como “todas as condições que coexistem na altura da admissão, que surgem subsequentemente, ou que afectam o tratamento recebido e/ou o tempo de internamento. Os diagnósticos que se relacionam com um episódio anterior e que não tem qualquer peso no episódio de internamento actual devem ser excluídos”. As definições da UHDDS aplicam-se a doentes internados em cuidados de agudos, internamentos curtos, cuidados continuados e hospitalares psiquiátricos.

Devem ser usadas as seguintes guidelines na enumeração de “outros diagnósticos” sempre que o Índice Alfabético ou a Lista Tabular da CID-9-MC não fornecerem outras indicações. A listagem dos diagnósticos nos registos do doente é da responsabilidade do clínico assistente.

#### A. Condições prévias

Se o clínico incluiu um diagnóstico na nota de alta final do doente, deve ser normalmente codificado. Alguns clínicos incluem no relatório clínico condições ou diagnósticos resolvidos e status pós-procedimentos de admissões prévias que não tem qualquer relação com o episódio corrente. Estas condições não dêem ser reportadas e são codificadas apenas se solicitado por políticas hospitalares.

No entanto, podem ser usados códigos de história (V10-V19) como códigos adicionais se a história pessoal ou familiar do doente tiver impacto nos cuidados actuais ou influenciar o tratamento.

#### B. Alterações anormais

Alterações anormais (laboratório, raios X, anatomia patológica e outros resultados de diagnóstico) não são codificadas a menos que o clínico indique o seu significado clínico. Se as alterações se encontram fora dos valores normais e o clínico assistente solicitou outros testes para avaliar a situação a condição ou prescrever o tratamento, é adequado solicitar ao clínico se o resultado anormal deve ser codificado.

**Por favor, note:** Esta guideline difere das práticas de codificação no âmbito do ambulatório com o objectivo de codificar testes de diagnóstico que foram interpretados pelo clínico.

### **C. Diagnóstico incerto**

Se o diagnóstico documentado na altura da lata é qualificado como “provável”, “suspeito”, “questionável”, “possível”, ou “para ainda ser excluído” ou outros termos similares indicando incerteza, codifique a condição como se existisse ou estivesse estabelecida. As bases para esta guideline são o trabalho de diagnóstico, continuação dos estudos ou mais observações e abordagem terapêutica inicial que corresponde mais intimamente com o diagnóstico estabelecido.

**Nota:** Esta guideline é aplicável apenas a admissões de doentes em hospitais de curta estadia, agudos, cuidados continuados e hospitais psiquiátricos.

## **Secção IV. Guidelines de Descrição e Codificação de Diagnósticos nos Serviços Ambulatórios**

Estas guidelines de codificação para diagnósticos de ambulatório foram aprovadas para utilização por hospitais/fornecedores de serviços de ambulatório hospitalares e de consultórios.

A informação relativa ao uso de certas abreviações, pontuação, símbolos e outras convenções usadas na Lista Tabular da CID-9-MC (códigos numéricos e títulos) pode ser encontrada na Secção IA destas guidelines, sob o título “Convenções usadas na Lista Tabular”. A informação relativa à correcta sequência de utilização para encontrar um código também está descrita na Secção I.

Os termos episódio e visita são frequentemente usados como sinónimos na descrição de serviços de ambulatório e portanto aparecem juntos nestas guidelines sem distinção entre ambos.

Apesar de as convenções e guidelines gerais se aplicarem em todas as circunstancias, as guidelines de codificação para ambulatório e descrição de diagnósticos pelo fornecedor de serviços variam em algumas circunstancias das relativas aos diagnósticos de internamento, reconhecendo-se que:

A definição de diagnóstico principal da Uniform Hospital Discharge Data Set (UHDDS) aplica-se apenas a doentes internados em hospitais de agudos, curta duração, cuidados continuados e psiquiátricos.

As guidelines de codificação para diagnósticos inconclusivos (prováveis, suspeitos, por excluir, etc.) foram desenvolvidas para doentes internados e não se aplicam a doentes de ambulatório.

### **A. Selecção da condição listada em primeiro lugar**

No ambiente de ambulatório, o termo diagnóstico listado em primeiro lugar é usado em substituição do diagnóstico principal.

Na determinação do diagnóstico listado em primeiro lugar, as convenções da CID-9-MC, bem como as guidelines específicas gerais e de doença tem precedência sobre as guidelines de ambulatório.

Frequentemente os diagnósticos não são estabelecidos na altura do episódio inicial. Podem ser necessárias duas ou mais visitas para que o diagnóstico seja confirmado.

A regra mais crítica envolve a procura do código correcto através do Índice Alfabético. Nunca inicie a procura na Lista Tabular uma vez que esta leva a erros de codificação.

### **1. Cirurgia de Ambulatório**

Quando um doente se apresenta para cirurgia de ambulatório, codifique o motivo da cirurgia como diagnóstico listado em primeiro lugar (motivo do

episódio), mesmo que a cirurgia não seja realizada devido a uma contra-indicação.

## **2. Estadia para observação**

Quando um doente é admitido para observação de uma condição médica, atribua um código para a condição médica como diagnóstico listado em primeiro lugar.

Quando um doente se apresenta para cirurgia de ambulatório e desenvolve complicações que necessitam de observação, codifique o motivo da cirurgia como diagnóstico listado em primeiro lugar (motivo do episódio), seguido dos códigos das complicações como diagnósticos adicionais.

### **B. Códigos de 001.0 a V89**

Devem ser utilizados os códigos adequados de 001.0 a **V89** para identificar diagnósticos, sintomas, condições, problemas, queixas ou outros motivos para o episódio/visita.

### **C. Utilização exacta dos códigos de diagnóstico da CID-9-MC**

Para uma descrição exacta dos códigos de diagnóstico da CID-9-MC, a documentação deve descrever as condições do doente, usando terminologia que inclua diagnósticos específicos bem como sintomas, problemas ou motivos do episódio. Existem códigos da CID-9-MC para os descrever todos.

### **D. Selecção dos códigos de 001.0 a 999.9**

A selecção de códigos desde 001.0 até 999.9 é frequentemente utilizada para descrever o motivo do episódio. Estes códigos pertencem à secção da CID-9-MC para a classificação de doenças e lesões (por exemplo, doenças infecciosas e parasitárias; neoplasias; sintomas, sinais, situações mal definidas, etc.).

### **E. Códigos que descrevem sintomas e sinais**

Os códigos que descrevem sintomas e sinais, em oposição aos de diagnóstico, são aceitáveis para efeitos de descrição quando um diagnóstico não foi estabelecido (confirmado) pelo clínico. O Capítulo 16 da CID-9-MC, Sintomas, sinais e condições mal definidas (códigos 78.0-799.9) contém muitos mas não todos os códigos de sintomas.

### **F. Episódios para circunstâncias que não doença ou lesão**

A CID-9-MC fornece códigos para relatar episódios para circunstâncias que não sejam doença ou lesão. A Classificação Suplementar de factores que Influenciam o Status de Saúde e Contactos com os Serviços de Saúde (V01.0-**V89**) é fornecida para resolver situações em que as circunstâncias que não sejam doença ou lesões são referidas como diagnósticos ou problemas. *Ver Secção I.C.18 para informação sobre os códigos V.*

### **G. Nível de detalhe da codificação**

#### **1. Códigos da CID-9-MC com 3, 4 ou 5 dígitos**

A CID-9-MC é composta por códigos com 3, 4 ou 5 dígitos. Os códigos com três dígitos são incluídos na CID-9-MC como títulos de uma categoria de códigos que pode ser subdividida pela utilização quarto e/ou quinto dígito, fornecendo maior especificidade.

## **2. Utilize todos os dígitos necessários para um código**

Um código de três dígitos deve ser utilizado apenas se não estiver subdividido. Sempre que forem fornecidos subcategorias de quartos dígitos e/ou subclassificações de quintos dígitos, estas devem ser utilizadas. Um código é inválido se não tiver sido codificado em toda a extensão dos dígitos necessários para esse código.

*Ver também a discussão na Secção I.b.3., Guidelines Gerais de Codificação, Nível de Detalhe na Codificação.*

## **H. Códigos da CID-9-MC para diagnóstico, condição, problema ou outro motivo para o episódio/visita**

Liste em primeiro lugar o código da CID-9-MC para o diagnóstico, condição, problema ou outro motivo para o episódio/visita revelado nos registos clínicos como sendo o principal responsável pelos serviços fornecidos. Devem ser listados diagnósticos adicionais que descrevam quaisquer condições que co-existam. Em alguns casos o diagnóstico listado em primeiro lugar pode ser um sintoma, quando um diagnóstico não foi estabelecido (confirmado) pelo clínico.

## **I. Diagnóstico incerto**

Não codifique diagnósticos documentados como “provável”, “suspeito”, “questionável”, “para excluir”, ou “diagnóstico de trabalho” ou outros termos semelhantes indicadores de incerteza. Codifique antes a condição com o maior grau de certeza para o episódio/visita, como um sintoma, sinal, resultados anormais de exames, ou outros motivos para a visita.

**Por favor, note:** Estas regras diferem das práticas de codificação usadas em hospitais de curta duração, de agudos, de cuidados continuados ou psiquiátricos.

## **J. Doenças crónicas**

As doenças crónicas tratadas numa base continuada devem ser codificadas e reportadas tantas vezes quantas o doente receber tratamento e cuidados pela condição.

## **K. Codifique todas as condições documentadas que coexistam**

Codifique todas as situações documentadas que coexistam na altura do episódio/visita e que necessitem ou afetem o tratamento ou abordagem do doente. Não codifique condições que foram previamente tratadas e já não existem. No entanto, os códigos de história (V10-V19) podem ser usados como códigos secundários se a condição histórica ou história familiar tiver impacto nos cuidados actuais ou influencie o tratamento.

## **L. Doentes recebendo apenas serviços de diagnóstico**

Para doentes que recebem apenas serviços de diagnóstico durante o episódio/visita, sequencie primeiro o diagnóstico, condição, problema ou outro motivo para o episódio/visita descritos nos registos clínicos como os principais responsáveis pelos serviços de ambulatório fornecidos durante o episódio/visita. Codifique outros diagnósticos (por exemplo, condições crónicas) como diagnósticos adicionais.

Os episódios de ambulatório para testes de diagnóstico que foram interpretados pelo clínico, e o relatório final esteja disponível na altura da codificação, codifique qualquer diagnóstico definitivo ou confirmado na interpretação. Não codifique sinais ou sintomas relacionados como diagnósticos adicionais.

**Por favor, note:** Esta regra difere da prática de codificação nos episódios de internamento no que diz respeito aos resultados anormais de testes de diagnóstico.

#### **M. Doentes recebendo apenas serviços terapêuticos**

Nos doentes que recebem apenas serviços terapêuticos durante o episódio/visita, sequencie primeiro o diagnóstico, condição, problema ou outro motivo para o episódio/visita referido nos registos clínicos como sendo o principal responsável pelos serviços de ambulatório fornecidos durante o episódio/visita. Podem ser sequenciados códigos adicionais para outros diagnósticos (por exemplo, condições crónicas).

A única exceção para esta regra é quando o principal motivo para o episódio/visita é quimioterapia, radioterapia ou reabilitação, em que o código V para o serviço é listado primeiro e o diagnóstico ou problema para o qual o serviço é prestado é codificado como código adicional.

#### **N. Doentes que recebem apenas avaliações pré-operatórias**

Nos doentes que apenas recebem avaliações pré-operatórias durante o episódio/visita, sequencie primeiro um código da categoria V72.8, Outros exames especificados, para descrever as observações pré-operatórias. Atribua um código para a condição que descreve a razão da intervenção cirúrgica como um diagnóstico adicional. Codifique também qualquer descoberta relacionada com a avaliação pré-operatória.

#### **O. Cirurgia de ambulatório**

Para a cirurgia de ambulatório, codifique o diagnóstico para o qual a cirurgia foi realizada. Se o diagnóstico pós-operatório for diferente do diagnóstico pré-operatório na altura em que o diagnóstico é confirmado, seleccione o diagnóstico pós-operatório para codificar, uma vez que é o mais definitivo.

#### **P. Visitas pré-natais de rotina ambulatoriais**

Para visitas de rotina pré-natais ambulatoriais, quando não estiverem presentes complicações, devem ser utilizados os códigos V22.0, Supervisão de primeira gravidez normal, ou V22.1, Supervisão de outra gravidez normal, como diagnóstico principal. Estes códigos não devem ser usados em conjunto com os códigos do capítulo 11.